

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

POUR LE

N°
291

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

-Salvador ORTEGA

Né le 13 mars 1904 à Guatemala (République de Guatemala)
Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
BILOCULATION GASTRIQUE
D'ORIGINE ULCÉREUSE

Travail de la Clinique du Professeur Lejars

Président : M. F. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

-Salvador ORTEGA

Né le 13 mars 1904 à Guatemala (République de Guatemala)
Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
BILOCULATION GASTRIQUE
D'ORIGINE ULCÉREUSE

Travail de la Clinique du Professeur Lejars

Président : M. F. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

MM.:

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAI THAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE et
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 N Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 N Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTEERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur SALVADOR ORTEGA
Doyen de la Faculté de Médecine de Guatemala

Qui fut mon premier maître.

A MA MÈRE

La meilleure des mères dont je n'oublierai jamais la tendresse et les sacrifices qu'elle m'a si généreusement dispensés.

A MES SŒURS

En gage de ma profonde gratitude pour l'affection et l'aide qu'elles m'ont toujours prodiguées,

A MON ONCLE ENRIQUE GOMEZ CARRILLO
(*in memoriam*).

A MES ONCLES

Le Docteur JUAN J. ORTEGA
Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Guatemala

et

José TIBLE MACHADO

A M. LUCIEN BOUDOUSSE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FÉLIX LEJARS

Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

*Qu'il veuille trouver ici l'hommage
de ma respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé P. BROcq

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'inspirer ce travail et me prodiguer sans cesse ses précieux conseils.

En témoignage de ma profonde gratitude.

A MON MAITRE

Le Docteur Louis BAZY

Chirurgien à l'Hôpital Saint-Louis

Qu'il veuille trouver ici la preuve de mon admiration et de toute ma reconnaissance, pour les marques de bienveillance qu'il m'a témoignées.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- 1922-1923. — M. le Professeur PIERRE DELBET.
M. le Professeur SERGENT.
1923-1924. — M. le Professeur FERNAND BEZANÇON.
M. le Professeur MAUCLAIRE.

Externat

1924. — M. le Professeur LEGUEU (en fonctions).
1924-1925. — M. le Professeur agrégé MOCQUOT.
1925-1926. — M. le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*).
1926-1927. — M. le Docteur LAPOINTE (*in memoriam*).
1927-1928. — M. le Docteur MICHON.
1929. — M. le Docteur SAINTON.

Internat Pr. et en Fonctions :

1929. — Monsieur le Professeur LEJARS.
1930. — M. le Docteur LAPOINTE.
1931. — M. le Docteur CHEVRIER.
M. le Docteur SAUVÉ.
M. le Docteur LOUIS BAZY.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

- M. le Docteur BRAINE, Chirurgien des Hôpitaux.
M. le Docteur DESPLAS, Chirurgien des Hôpitaux.
M. le Professeur agrégé HEITZ-BOYER.

INTRODUCTION

Les procédés opératoires qui ont été proposés successivement pour le traitement de la biloculation gastrique et que nous allons passer en revue, sont extrêmement nombreux, et on peut dire qu'ils ont suivi pas à pas les progrès de la technique chirurgicale tout entière.

Des premières opérations ont consisté en gastroplastie et gastrolyses. Plus tard ce sont des opérations plus précises, faites dans le but d'éviter l'obstacle médio-gastrique, telles que les anastomoses.

Vers 1914, et surtout après la guerre, les progrès réalisés en matière de chirurgie gastrique, ont généralisé les résections plus ou moins étendues et qui semblent être, à l'heure actuelle, le traitement de choix de cette affection.

Nous rapportons 14 observations de biloculations gastriques organiques, d'origine ulcéreuse, opérées ; tous les procédés ont été appliqués, ce qui nous permettra d'analyser impartialement les résultats éloignés de chaque intervention.

Nous avons tenu à revoir personnellement tous nos

opérés. Chaque fois que cela fut possible, cet examen a été complété par un contrôle radioscopique.

Nous ne saurions trop insister sur la difficulté que l'on a pour obtenir ces examens, les malades habitant souvent la province dans deux de nos observations, nous n'avons pas pu le faire pour cette cause.

Nous nous sommes efforcé d'autre part, de réunir et d'analyser la plupart des statistiques se rapportant à notre sujet ; elles nous ont permis de comparer les résultats immédiats et éloignés des différentes méthodes employées ainsi que de résumer l'opinion du plus grand nombre de chirurgiens dont l'avis, nous le verrons, est loin d'être d'accord.

Ce travail nous a été inspiré par nos maîtres MM. le P^r LEJARS, le P^r agrégé BROCCO, et le D^r CAIN, médecin des Hôpitaux.

C'est grâce à eux qui ont bien voulu nous procurer la précieuse documentation de leurs observations personnelles, qu'il nous a été permis de mener à bien ce travail. Qu'ils veuillent trouver ici le témoignage de notre reconnaissance la plus sincère.

ETIOLOGIE

Les ulcérations de l'estomac constituent à elles seules, les 95 % des biloculations gastriques. Leur fréquence au cours des ulcus est très difficile à préciser. Grünfeld a trouvé au cours de 124 autopsies de sujets atteints d'ulcère de l'estomac, 38 biloculations, soit 30 %. Mais il est certain que cette proportion est trop forte, si l'on ne tient compte que des sténoses constituées définitivement, véritablement anatomiques.

C'est en général l'ulcus de la petite courbure qui s'accompagne le plus fréquemment de sténose médio-gastrique. Sur nos 14 observations, il en était ainsi 12 fois. Une fois il y avait double ulcus, un sur la petite courbure et l'autre sur la face antérieure de l'estomac. Une autre fois il y avait association de sténose pylorique et de sténose médio-gastrique.

En général, la biloculation survient longtemps après l'apparition de l'ulcère. En interrogeant les malades, on trouve toujours une vieille histoire gastrique. Dans toutes nos observations, il en était ainsi, à l'exception de la malade de l'observation n°5 où la biloculation semblait s'être installée brusquement.

Le maximum de fréquence s'observe entre 50 et 60 ans pour l'homme, 40 et 50 chez la femme. Dans un seul de nos cas, la malade était âgée de 18 ans (obs. 5).

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que cette affection ne se voit que rarement chez l'homme : c'est presque uniquement chez la femme qu'on l'observe. Parmi nos 14 observations, 13 fois il s'agissait de femmes, une seule fois d'un homme.

Cette prédisposition particulière du sexe féminin à la biloculation, n'est pas élucidée à l'heure actuelle. Nous croyons qu'elle est due à ce fait, que les femmes suivent plus facilement et plus régulièrement un régime médical et diététique prolongé, que ne le font les hommes, d'où possibilité de voir s'établir à la longue, des lésions qui, en vieillissant, ont tendance à se rétracter et à constituer des sténoses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous décrirons rapidement le siège, l'aspect et la forme des lésions en insistant surtout sur l'intérêt chirurgical qu'elles peuvent présenter.

Siège du rétrécissement

En général, on le trouve à l'union du 1/3 inférieur avec ses deux tiers supérieurs, 23 cas sur 53, d'après la statistique de Mayo Robson. Parfois il est nettement médian, plus rarement on le trouve plus haut à l'union du 1/3 supérieur de l'estomac véritablement caché par les fausses côtes.

Ces notions ont un intérêt chirurgical qu'il est facile de comprendre. En effet si le siège du rétrécissement est bas ou médian, les interventions dirigées contre celui-ci, sont en général d'exécution commode, qu'il s'agisse de gastro-gastrostomies, de gastro entéro-anastomoses ou de résections, leur exécution est grandement facilitée par le fait qu'il y a de l'étoffe des deux côtés du rétrécissement. Tout autre est le cas des biloculations hautes : ici la simple laparotomie médiane ne

suffit pas souvent à découvrir le rétrécissement et on est parfois forcé de compléter l'incision verticale par une incision transversale.

Forme du rétrécissement

On peut décrire 3 grands types :

1) Le rétrécissement canaliculaire.

D'observation assez fréquente, il existe dans ce cas un véritable canal unissant les deux poches gastriques. La longueur de celui-ci peut être considérable. Guinard cite un cas où ce canal avait 18 cm. de longueur.

Dans notre observation n° 3 il était tout à fait typique, sa longueur était de 6 cm. environ. Mathieu dit « que ce canal peut être si net et si régulier, que le chirurgien peut le prendre pour le pylore s'il est bas situé, ou pour le cardia, si au contraire il est haut ». Nous croyons qu'une erreur semblable n'est plus possible à l'heure actuelle où toute intervention gastrique est précédée d'un examen méthodique de tout l'étage sous-diaphragmatique.

2) Rétrécissement annulaire.

Ici, c'est une induration circulaire fibreuse séparant nettement l'estomac en 2 poches, celui-ci ayant un aspect en sablier ou en diaboló.

Après résection de la pièce, on voit un véritable anneau fibreux. Le calibre de l'orifice qui fait communiquer les 2 poches peut être de dimension variable,

depuis le petit doigt jusqu'au rétrécissement filiforme. Steffen cite le cas d'un rétrécissement qui ne laissait pas passer même les liquides.

- 3) Dans un troisième groupe, nous placerons les rétrécissements avec rétraction partielle des parois.

Ici la striction circulaire n'est pas complète : c'est en général la grande courbure de l'estomac qui est comme attirée vers la petite courbure, formant une véritable encoche permanente. C'est dans ces formes surtout que le spasme joue un rôle capital, en complétant fonctionnellement la sténose. C'est d'ailleurs, croyons-nous, un aspect anatomique transitoire, car il est probable qu'ici la biloculation n'est qu'à une étape peu avancée de son évolution.

Aspect et volume des poches gastriques

Le volume des poches gastriques est conditionné par le siège et par le nombre de rétrécissements. Quand celui-ci est médian et unique, les deux poches sont en général d'égale volume ; toutefois il faudra tenir compte du degré de la striction qui fera que souvent la poche supérieure se dilate et devient flasque et atone.

Quand le rétrécissement est haut situé, la poche supérieure est de dimensions très réduites. Son siège, les adhérences qui la fixent en arrière, font que dans ces cas on a les plus grandes difficultés pour faire n'importe quelle intervention.

Heureusement ces cas sont rares, car la région fun-

dique de l'estomac est exceptionnellement atteinte par la sténose, celle-ci se localisant presque toujours dans la région méso-gastrique.

Nous ne ferons que signaler l'intérêt qu'il y a à bien examiner la région en poussant cet examen aussi haut que possible, afin de bien découvrir le rétrécissement qui autrement pourrait passer inaperçu.

Quand la sténose siège à l'union du tiers inférieur et des $\frac{2}{3}$ supérieurs, la poche inférieure est de dimensions très réduites. Ce sont ces cas qui se prêtent le plus à des interventions radicales larges telles que des gastropylorectomies. Il faut se méfier chaque fois que l'on trouvera une poche inférieure anormalement dilatée. L'examen attentif de la région pylorique s'impose, car la coexistence d'une sténose pylorique et d'une sténose médiogastrique est loin d'être une exception.

Parmi nos 14 observations nous en avons trouvé 1 cas (obs. 13).

Dans quelle proportion rencontre-t-on cette coexistence? Nous ne saurions le préciser, mais d'après les travaux modernes, elle semblerait assez fréquente. Qu'il s'agisse d'une sténose pylorique organique nette ou bien d'une sténose mixte organo-spasmodique, on ne doit pas l'ignorer car une intervention qui drainerait la poche supérieure seulement, serait absolument insuffisante.

Rapports de voisinage

La présence de lésions inflammatoires au niveau du rétrécissement à un moment donné de l'évolution de

celui-ci, entraîne comme conséquence fatale, la formation d'adhérences plus ou moins solides.

Dans certains cas, elles peuvent être réduites à quelques brides qu'on libère facilement, ou bien elles peuvent manquer presque complètement comme dans notre observation n° 8, mais dans la majorité des cas, elles sont solidement organisées et fixent l'estomac aux organes voisins. Elles constituent un obstacle opératoire très sérieux, parfois insurmontable. Ceci se voit surtout après les réinterventions. Ce sont ces adhérences qui modifient défavorablement le pronostic opératoire.

En avant, on peut trouver des adhérences solides à la paroi abdominale ; elles sont très importantes à connaître, car leur libération est très difficile et peut entraîner l'ouverture d'emblée de la cavité gastrique.

Les adhérences supérieures au niveau de la petite courbure sont certainement les plus mauvaises au point de vue pronostic. Elles fixent la petite courbure au foie. C'est dans ce cas que beaucoup de chirurgiens voient des contre-indications à la résection.

Les adhérences postérieures sont très fréquentes pour ne pas dire constantes, mais il existe tous les degrés, depuis le simple accollement qu'on libère facilement, jusqu'à ces énormes lésions destructives qui correspondent à des ulcères évolutifs ayant érodé la paroi, et dont le fond est constitué par le pancréas lui-même.

L'état général de ces malades est profondément atteint, et l'on insiste, à l'heure actuelle, sur les troubles très graves de la nutrition que ces lésions entraînent.

Nous avons vu jusqu'à présent, *le siège, la forme, l'état des poches gastriques et les adhérences*. Il nous reste à préciser un dernier point sur lequel nous ne saurions trop insister, car c'est lui qui va être à la base du traitement opératoire le plus logique de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

Signification de la sténose

La biloculation gastrique a été longtemps considérée comme une lésion cicatricielle consécutive à la guérison de l'ulcère. C'est de cette conception trop simple que sont nées des méthodes telles que *les gastropplasties et les anastomoses*.

La biloculation ainsi comprise, son traitement devrait avoir comme *seul but la suppression de la cause mécanique constituée par la sténose*.

D'après les travaux modernes, constatations cliniques et opératoires, examens des pièces réséquées, il semble que les cas dans lesquels le rétrécissement est purement cicatriciel, sont une infime minorité (obs. 8).

Ces faits ont surtout été bien mis en évidence par Santy en 1914, et leur importance est immense, car c'est l'interprétation de ces lésions qui permettra de comprendre pourquoi la plupart des opérations palliatives sont vouées à l'insuccès.

Il existe donc deux variétés de biloculations gastriques : les unes d'origine cicatricielle et qui peuvent guérir par des opérations simples telles que les anastomoses, mais qui sont très rares, et les autres qui sont

constituées par des rétrécissements évolutifs avec destruction progressive et continue de la paroi gastrique et qui ne guériront qu'après résection large, ces cas étant les plus fréquents.

Quels sont les signes sur lesquels les chirurgiens peuvent se baser pour faire la distinction entre ces deux sortes de biloculation ? Théoriquement, l'aspect cicatriciel des lésions, l'absence d'adhérences, la mobilité de l'estomac et du rétrécissement, l'aspect régulier de celui-ci, enfin l'absence des signes fonctionnels, tels que hématomèses, permettraient de dire qu'il s'agit d'une lésion définitivement éteinte.

Par ailleurs, si l'on trouve une malade présentant des crises douloureuses très vives et continuelles, des hématomèses, et si à l'intervention on trouve un rétrécissement provoqué par un ulcus calleux, à paroi gastrique infiltrée accompagné d'une adénopathie inflammatoire, le tout complété par de nombreuses et solides adhérences fixant l'estomac aux organes voisins, le doute n'est pas possible : on se trouve en présence d'une sténose nettement évolutive.

Mais en pratique, il est loin d'en être toujours ainsi, et nombreux sont les cas où malgré l'aspect cicatriciel des lésions, on assiste dans les années qui suivent, à des poussées aiguës qui obligent souvent à réintervenir.

Il est un fait certain à l'heure actuelle, c'est qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que le processus ulcéreux est définitivement éteint.

C'est l'interprétation personnelle que chaque chirurgien fait de cette soi-disant cicatrisation des lésions, qui

est, croyons-nous, la cause principale de la divergence qui existe entre les résultats opératoires éloignés.

Devant cette impossibilité de juger exactement l'état évolutif de la sténose, il semble que la conduite à tenir la plus logique, consisterait à pratiquer chaque fois que l'état des malades le permet, des résections larges des zones suspectes.

SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

Il n'est pas dans notre intention de faire une étude approfondie de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse, tant au point de vue clinique que radiologique, ceci ayant été fait par de nombreux auteurs.

Nous ne ferons donc que résumer très rapidement les faits cliniques les plus importants qui amènent ces malades à consulter.

Généralement, la sténose médio-gastrique passe inaperçue, sa symptomatologie étant noyée par celle de l'ulcère gastrique qui lui donne naissance.

Les malades accusent, en général, des douleurs survenant par crises périodiques, séparées par des intervalles de calme relatif ou absolu, et dont le début remonte en général à plusieurs années.

Au cours de ces crises, *les douleurs* ont une intensité des plus variable, à type de crampes, de douleurs transfixiantes ou en broche.

L'horaire de la douleur dépend surtout du stade atteint par l'ulcère ; intermittentes en général, elles surviennent immédiatement après le repas, ou bien 2 à 3 heures après celui-ci,

Mais à mesure que la sténose se constitue, ces douleurs ont tendance à devenir continues, sans horaire précis.

Le siège de la douleur spontanée varie suivant les malades. C'est surtout au niveau de l'épigastre qu'on peut la provoquer.

Les irradiations sont nombreuses ; les plus fréquentes dans les cas de biloculation gastrique consécutive à un ulcère de la petite courbure, sont les irradiations dorsales sur laquelle Mathieu insistait beaucoup.

Ces douleurs sont, en général, calmées par les vomissements.

Les vomissements sont le deuxième grand symptôme qui inquiète ces malades. Ils sont très fréquents, pour ne pas dire constants, au cours de sténoses gastriques. Leur répétition et leur horaire varient suivant les malades et surtout suivant le degré et le siège de la sténose.

Dans les formes très serrées et très hautes, les vomissements sont très précoces. Au contraire, quand le rétrécissement est bas, la poche supérieure se laisse distendre, et l'on assiste à de véritables vomissements de stase, ce qui explique que ces malades peuvent être considérés comme atteints de sténose pylorique.

En général, les vomissements sont glaireux ou aqueux, mais on peut voir aussi des vomissements alimentaires, voire des vomissements hématiques.

Les troubles de l'appétit sont variables. Parfois, l'appétit est conservé et la restriction alimentaire dans ce cas est volontaire, le malade croyant ainsi éviter les

douleurs et les vomissements. Mais chez certains malades, la sténose est tellement complète, que seule l'ingestion d'aliments liquides est possible, comme dans notre obs. n° 3.

Quoi qu'il en soit, tous ces troubles retentissent d'une façon très grave sur l'état général et il arrive souvent que les chirurgiens ne voient ces malades que dans un état de cachexie extrême. On conçoit que dans ces conditions les possibilités opératoires se trouvent considérablement réduites.

L'examen général ne révèle pas de signes de grande importance. Signalons simplement la possibilité du durcissement intermittent de l'estomac et des contractions péristaltiques. Ces signes se voient surtout dans les sténoses spasmodiques.

Dans d'autre cas, on peut trouver un certain degré de clapotage à jeun.

En somme, tous les signes que nous venons de passer en revue, sont ceux d'un ulcus avec possibilité de sténose plus ou moins marquée. C'est dire l'importance capitale de l'examen radiologique, qui seul permettra de diagnostiquer la sténose médio-gastrique et de préciser sa nature organique.

Examen radioscopique de la biloculation gastrique

La sténose médio-gastrique peut se manifester sous plusieurs aspects : si elle est peu serrée le remplissage de l'estomac se fera assez normalement dans la position

debout, et la biloculation peut ainsi passer inaperçue.

Guttmann insiste sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer cet examen couché et mieux encore en décubitus droit. La prise d'un cliché dans cette position montrera la biloculation.

Si la sténose est très serrée, la baryte s'accumule dans la poche supérieure et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long, 10 à 20 minutes, parfois plus, que le liquide s'engage dans le canal rétréci, pour tomber dans la poche inférieure.

Dans nos observations n° 1 et n° 5, il en était ainsi. Le premier cliché de notre observation n° 2 montrait une poche supérieure volumineuse, bien remplie et qui a pu faire croire, qu'il s'agissait de l'estomac tout entier (voir pl. n° 2) dans un deuxième cliché pris à 20 minutes d'intervalle, (pl. n° 3), on voit la baryte s'engager dans un long canal cicatriciel, tortueux, pour retomber dans une poche inférieure petite.

L'opération a confirmé ces données radiologiques.

Dans les cas où la sténose est très prononcée, la baryte ne franchit celle-ci que plusieurs heures après l'ingestion, ceci malgré la pression exercée sur la poche supérieure, si bien que cela explique qu'elle a pu être prise comme une sténose pylorique.

Mais il s'en faut de beaucoup que l'on trouve toujours des images aussi nettes. Entre le simple spasme, se traduisant par une encoche de la grande courbure, et le rétrécissement typique associé à des niches ou à des déformations permettant de préciser l'origine ulcéreuse de la biloculation, il y a toutes les transitions, si bien

que l'on ne saurait trop insister sur l'intérêt que l'on a à répéter ces examens après avoir préparé les malades par l'atropine.

C'est grâce à ces examens répétés à quelques jours d'intervalle que l'on pourra poser un diagnostic certain de sténose médio-gastrique organique, d'origine ulcéreuse, et éliminer les fausses biloculations dues à d'autres facteurs, ainsi que les biloculations simplement spasmodiques ou celles dues à un néoplasme gastrique.

Certains auteurs ont cru pouvoir demander à cet examen radioscopique des renseignements qui pourraient guider l'intervention. C'est ainsi que la mobilité gastrique, le volume des poches, l'absence d'une sténose pylorique concomitante pourraient donner quelques indications.

En réalité, tous ces renseignements sont trompeurs et tant qu'on n'a pas examiné directement et minutieusement les lésions, il est absolument impossible de dire quelle conduite sera préférable de suivre.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Exposé des Méthodes

Les opérations que l'on peut pratiquer dans la cure de l'estomac biloculaire, peuvent être :

- *soit palliatives* ;
- *soit radicales*.

Parmi les opérations palliatives nous citerons :

- I) La gastroplastie ;
- II) La gastro-entérostomie simple ou double ;
- III) La gastro-gastrostomie.

Les opérations radicales comprennent :

- IV) La résection annulaire ;
- V) La gastro-pyloréctomie.

Nous allons les étudier séparément en analysant autant que possible chaque méthode puis nous montrerons les avantages et les inconvénients que présente chacune d'elles.

I. — La gastroplastie

La gastroplastie est l'opération la plus anciennement employée. Ce n'est autre chose que l'application au

niveau du rétrécissement médio-gastrique de l'opération de Heine Mickulickz, que ces auteurs ont conseillée dans les sténoses pyloriques.

Elle consiste à inciser le rétrécissement longitudinalement sur la paroi antérieure, puis à suturer cette brèche suivant une ligne perpendiculaire à l'incision primitive.

Cette opération a été pratiquée tout d'abord par Bardeleben en 1889, Kruckenberg en 1892, Doyen en 1893, puis par Jaboulay en 1896.

Ce qui explique l'échec de cette intervention, c'est le fait déjà démontré que la sténose n'est qu'exceptionnellement une lésion définitive.

L'incision se fait en mauvais tissus, le rétrécissement continue à évoluer et la récurrence est fatale. C'est une opération illogique et en contradiction formelle avec les notions actuelles anatomo-cliniques de la sténose. Dans les observations anciennes, on voit ainsi des malades qui ont été opérés à plusieurs reprises, l'effet de la gastroplastie étant au bout d'un certain temps tout à fait nul.

Aujourd'hui cette opération n'a qu'un intérêt historique : nous n'avons pas trouvé dans la littérature moderne de la biloculation gastrique, un seul chirurgien qui pratique encore cette opération.

II. — La gastro-entérostomie

Généralités.

Cette opération a été une des premières à être appliquée au traitement de l'estomac biloculaire.

C'est von Hacker et von Eiselberg qui rapportent en 1894 et 1895 les rares cas ainsi traités.

En général il s'agissait de gastro-entérostomies postérieures simples, faites sur la poche supérieure.

En 1900 et 1906, Clément et Montprofit, devant les insuccès trop fréquents de la gastro-entérostomie simple, conseillent de faire des gastro-entérostomies doubles sur les 2 poches.

Plus tard, cette opération a été associée à d'autres procédés : c'est ainsi que Delagenière en 1920 l'exécute sur la poche inférieure après résection annulaire ; d'autres l'associent à la gastro-gastrostomie. Actuellement, les chirurgiens insistent sur l'intérêt qu'il y a à limiter ces indications aux malades dont l'état général est très déficient, comme premier temps d'une gastrectomie, et c'est là, à notre avis, sa principale raison d'être.

Technique.

Une notion primordiale doit guider le chirurgien : c'est que l'anastomose doit être faite de toute nécessité sur la poche supérieure.

Donc, on ne doit la pratiquer qu'après examen complet de la région, il ne suffit pas d'extérioriser une poche gastrique, il faut voir le pylore et surtout le rétrécissement lui-même, qui peut être très haut situé, et passer inaperçu. Ceci expliquerait que Montprofit a pu réunir 10 observations, dans lesquelles l'erreur a été commise de faire l'anastomose sur la poche inférieure.

Au point de vue technique, on s'efforcera de faire une gastro-entérostomie postérieure classique, et de la placer au point déclive, pas trop près du rétrécissement si on a l'intention de faire une gastrectomie secondaire.

Notre maître, le Dr Louis Bazy, insiste avec raison sur la commodité qu'il y a à effondrer d'abord le ligament gastro-colique. Ainsi une fois la brèche méso-colique pratiquée, il est très facile d'amener l'anse au contact de la partie de l'estomac choisie et sur laquelle on veut faire l'anastomose.

Nous avons suivi ses conseils chez notre malade (obs. 2) ce qui nous a facilité considérablement l'opération, car la poche supérieure qui se trouvait située assez haut était, par ailleurs, difficile à extérioriser.

Dans certains cas, les adhérences postérieures et les faibles dimensions de la poche cardiaque obligent à pratiquer une anastomose antérieure à anse longue, il faudra dans ce cas la compléter toujours par une jéjunojéjunostomie complémentaire pour lui assurer le fonctionnement régulier de cette bouche et éviter dans une certaine mesure les complications mécaniques qui sont toujours à craindre en pareils cas.

Statistique générale et résultats de la gastro-entérostomie simple.

Peu employée jusqu'en 1903, puisque Pinatelle dans une statistique n'arrive à réunir que 28 observations, cette opération a bénéficié par la suite d'une très grande faveur.

Jonnesco, Mayo Robson, Hartmann, se déclarent par-

tisans de cette intervention au Congrès de Chirurgie de Bruxelles en 1905.

Montprofit en 1906, dans une revue générale sur le traitement de la biloculation gastrique, réunit une statistique portant sur 73 cas. Il publie les premiers résultats de cette intervention qui ne sont pas brillants : 14 morts, 2 résultats nuls, 57 améliorations ou guérisons immédiates, parmi lesquelles plusieurs malades ont eu besoin d'une deuxième intervention. Il constate la fréquence des récidives, la stase dans la poche inférieure contre laquelle il conseille la double gastro-entérostomie suivant son procédé.

Devant les médiocres résultats éloignés, il conclut en disant « que cette opération n'apporte pas la guérison, mais seulement des améliorations notables ».

Spanhauss rapporte la statistique de Kuttner, portant sur 32 cas de biloculation gastrique. 21 ont été opérés par gastro-entérostomie sur la poche supérieure ; les résultats sont les suivants : 3 décès immédiats. Parmi les malades restants, 16 ont été suivis : 8 ont été améliorés, 5 continuent à souffrir, présentant des douleurs et des vomissements, et 3 sont morts. Il dit que « les estomacs biloculaires par ulcère adhérent aux organes voisins, ne sont pas soulagés par la gastro-entérostomie ».

Pouchet en 1906, dans sa thèse, réunit 53 cas de biloculation opérés par gastro-entérostomie. Dans 41 cas, les résultats *immédiats* ont été bons il accuse une mortalité de 11 cas. Le nombre de malades suivis chez lesquels ces bons résultats se sont maintenus, est descendu à 34, soit 54 %. Les autres malades ont eu besoin d'une nouvelle opération.

Vayressat, en 1909, a porté à 73 le nombre total des gastro-entérostomies pratiquées. Il relève 14 morts opératoires, 52 guérisons *immédiates* ; les autres malades ont eu par la suite des résultats franchement mauvais.

Bérard, Gouilloud et Delore vers la même époque, rapportent 5 cas avec 1 mort et 4 améliorations. Ils concluent en disant que c'est une opération bien médiocre.

Caillé, dans sa thèse en 1914, rapporte quelques observations dans lesquelles les résultats furent très mauvais. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'un d'eux.

Santy, en 1915, dans une étude d'ensemble des opérations pour les ulcères médio-gastriques compliqués de sténose, fait la critique de la gastro-entéroanastomose, et conclut en disant que cette opération de *nécessité* ne doit être employée que dans certains cas pour remonter la malade et lui permettre de subir ultérieurement une intervention plus radicale.

Duval, en 1914, en étudiant les indications opératoires de la gastro-entérostomie, croit que cette opération n'est indiquée que dans les cas où la poche supérieure est très petite. Il préfère de beaucoup comme opération palliative la gastro-gastrostomie.

Downes, en 1918, publie en Amérique 6 cas. Plusieurs de ses malades ont été suivis. D'après cet auteur, on pourrait avoir de bons résultats, mais il ne considère cette opération, que comme une méthode nettement secondaire.

Pauchet, vers la même époque, publie 2 cas, avec 2 récidives, pour lesquelles il fut obligé de réintervenir, et faire des gastrectomies larges.

L'examen des pièces montra des ulcus peptiques siégeant sur les bouches anastomotiques.

Walton, en 1919, dit que c'est une très mauvaise méthode, d'autant plus que l'on est très souvent forcé de la faire antérieure.

Gamberini, en 1922, rapporte 10 cas. Il n'y a aucun renseignement sur les résultats éloignés de ces interventions. Dans 3 cas il a pratiqué des anastomoses doubles. Pour lui, la gastro-entérostomie garde toutes ses préférences.

Lecène, en 1921, croit que la gastro-entérostomie sur la poche supérieure, est une opération tout à fait anti-physiologique et par conséquent, ses résultats devront être forcément nuls. Il conclut en disant que c'est une méthode à rejeter.

De Martel, en 1923, lui préfère de beaucoup la gastro-gastrotomie, comme opération palliative.

Ch. Mayo, dans la statistique générale de la clinique de Rochester, publiée en 1925, rapporte 14 gastro-entérostomies, avec : 4 morts opératoires, 8 améliorés ou guéris, et 2 ayant eu besoin de nouvelles interventions. Il la considère comme méthode de nécessité, inférieure à la gastro-gastrotomie.

Vaccaro, en 1927, rapporte dans sa thèse, 8 cas traités par gastro-entérostomie sur un total de 24 biloculations gastriques, opérées à la clinique de la Salpêtrière par le P^r Gosset. Dans 2 cas, on a observé des récidives ; dans 6, les malades ont été améliorés ou guéris. Il croit que les résultats éloignés sont aussi bons que ceux que peuvent donner les résections, ce qui n'est pas sans nous étonner.

Hartmann, en 1930, rapporté par Christophe, revoit ses anciens opérés de biloculation gastrique. Il trouve 9 gastro-entérostomies avec 2 morts, 4 améliorations, et 2 récidives.

Il croit que sous certaines conditions, cette opération peut donner des résultats favorables, mais la considère comme une méthode inférieure aux résections.

*
* *

Nous rapportons 2 observations de gastro-entérostomies sur la poche supérieure: l'une suivie depuis 20 ans, l'autre de date assez récente.

Les faits sur lesquels nous voulons insister, sont les suivants : dans l'observation n° 1, la malade opérée par M. le Pr Lejars en 1914, ne fut améliorée que pendant une très brève période, à tel point que 2 autres interventions successives lui furent pratiquées en 1919 (gastro-gastrostomie), en 1922 (libération d'adhérences). Malgré cela, et devant les signes inquiétants que présentait la malade, une 4^e opération fut décidée (gastrectomie), mais elle ne fut pas acceptée par la malade. On institua donc un traitement médical sévère qui a permis d'obtenir une amélioration qui persiste encore aujourd'hui.

On ne peut donc pas parler de guérison, loin de là, car le moindre écart de régime provoque chez cette malade des crises douloureuses extrêmement violentes, accompagnées de vomissements.

Dans l'observation n° 2, il s'agit d'une malade que

nous avons opérée il y a à peine un mois et demi. L'état cachectique dans lequel elle se trouvait nous décida à pratiquer une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, *uniquement* comme premier temps d'une gastropyloréctomie, que nous devons lui faire ces jours-ci, l'état général de la malade s'étant amélioré considérablement.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. 1 (*Inédite*) (Pr F. LEJARS).

Mlle Dr..., âgée de 32 ans, entrée dans le service le 1^{er} mai 1914 sortie le 20 juillet 1914.

Biloculation gastrique par ulcus de la petite courbure.

1^{re} opération 1914 : *Gastro-entérostomie sur la poche supérieure.*

2^e opération 1921 : *gastro-gastrostomie.*

3^e opération 1922 : *libération d'adhérences.*

Résultat : *amélioration.*

1914. — Résumé de l'observation : la malade vient consulter pour douleurs très violentes après les repas, accompagnées de vomissements bilieux. Il y a environ 1 mois, la malade a présenté une hématomèse, ce qui la décide à entrer dans le service.

Antécédents : souffre de l'estomac depuis 10 ans, à tel point que la malade est obligée de suivre un régime lacté absolu depuis plusieurs années, malgré cela, les troubles se sont aggravés progressivement.

A l'examen, amaigrissement considérable ; la malade présente un aspect véritablement squelettique.

L'examen radioscopique a montré un estomac biloculaire d'origine probablement ulcéreuse.

1^{re} opération. — 7 juillet 1914, par M. le Pr Lejars.

Nature de l'intervention : *gastro-entérostomie sur la poche supérieure.*

Observation 1



Gastro-entérostomie sur la poche supérieure et gastro-gastrostomie
datant de 20 ans,

Compte-rendu opératoire : laparotomie médiane sus-ombilicale. L'exploration de l'estomac montre à la partie moyenne de celui-ci, au niveau de la grande courbure, une bride rougeâtre qui s'insinue d'autre part à la paroi.

Section de cette bride après ligature. On constate alors une sténose médio-gastrique très nette, d'aspect cicatriciel. Cette sténose semble largement perméable.

Gastro-entérostomie sur la poche supérieure.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales.

La malade a été améliorée pendant un certain temps, puis reprise de vomissements et de douleurs.

Par ailleurs la malade a présenté quelques petites hématomèses.

L'aggravation de ces accidents oblige M. Lejars à pratiquer une nouvelle intervention, le 21 janvier 1921.

2^e opération. — Nature de l'intervention : *gastro-gastrostomie pour récurrence après gastro-entérostomie.*

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'exploration montre une biloculation assez peu marquée à la partie moyenne de l'estomac, un peu à droite.

On trouve 2 poches communicantes et qui peuvent se rapprocher largement.

On fait une incision de 6 cm. sur chacune d'elles, en excisant le bord supérieur de la biloculation.

Réunion des bords par un surjet total et un surjet séro-séreux.

Suites opératoires normales.

Revue le 26 mai 1921 ; bon état général, pas de troubles gastriques, pas de vomissements, a notablement engraisé.

Mais cette amélioration n'est que de courte durée ; la malade souffre à nouveau, des vomissements réapparaissent, si bien qu'une 3^e intervention est décidée.

3^e opération. — Le 26 mai 1922, par M. le Pr Lejars.

Nature de l'intervention : *libération d'adhérences pour récurrences de crises gastriques.*

Laparotomie sus-ombilicale, nombreuses adhérences pré-gastriques constituées par l'épiploon.

On libère et on sectionne ces adhérences.

Au-dessous, l'estomac est libre, et l'on trouve à peine trace de l'incision au niveau de la grande courbure et les 2 moitiés gastriques se vident très aisément l'une dans l'autre.

Examen de la région pylorique : négatif.

Examen de la gastro-entérostomie : ne présente rien d'anormal extérieurement.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : normales.

La malade continue à souffrir et à présenter des vomissements et cela malgré un régime médicamenteux et alimentaire sévères, si bien qu'une 4^e intervention fut proposée à la malade (gastrectomie) mais la malade refuse. Elle suit un traitement médical très sévère et un régime lacté absolu pendant longtemps. Au bout de quelques mois, son état s'améliore, les vomissements cessent, les douleurs sont moins violentes.

Revue le 6 mars 1932, la malade ne souffre plus de l'estomac elle accuse seulement quelques pesanteurs après les repas. Pas de vomissements ; la malade suit un régime très sévère : légumes et lait seulement ; le moindre écart provoquant des crises douloureuses extrêmement intenses.

A engraisé de 15 kilos.

L'examen radioscopique fait à la même date a montré après l'ingestion de gélobarine, un passage extrêmement rapide dans le grêle et se faisant uniquement par la bouche de gastro-entérostomie qui semble fonctionner normalement.

Le reste de l'estomac s'injecte très peu et présente un aspect flou sans biloculation nette et sans qu'on puisse préciser le fonctionnement de la bouche de gastro-gastrostomie. (Voir pl. n° 1).

Obs. 2 (Inédite) (PERSONNELLE).

Mme Des..., âgée de 53 ans, entrée le 15 janvier 1932, à l'hôpital St-Louis, service de notre maître le Dr Louis Bazy, sortie

Observation 2



Volumineuse poche supérieure faisant croire qu'il s'agit
de l'estomac entier.

Observation 2



Cliché pris à 20 minutes d'intervalle.
On voit nettement la biloculation et la poche inférieure,

le 21 février 1932. Biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

La malade vient consulter pour les troubles gastriques suivants : Douleurs après les repas, extrêmement intenses et accompagnées de vomissements aqueux parfois alimentaires et très abondants.

Pas d'hématémèses.

Ces troubles ont débuté il y a 30 ans. Mais actuellement leur intensité est telle que la malade ne s'alimente presque plus. Elle dit ne pouvoir prendre que des liquides et des purées.

Examen général : Rien d'anormal. La palpation au niveau de l'épigastre réveille la douleur. Très mauvais état général.

La malade présente une dénutrition très avancée.

Radiographie : Après remplissage de l'estomac, on voit se remplir une poche gastrique ; cette poche ne s'évacue que difficilement et lentement au bout de 20 minutes, par un défilé étroit, régulièrement dessiné, sans image lacunaire visible, dans une deuxième poche inférieure. (Voir pl. n° 2 et n° 3). L'isthme reliant les 2 poches présente à sa partie inférieure un élargissement où l'on voit se dessiner les plis de la muqueuse gastrique.

Pas de signes d'obstacle pylorique.

Nous avons opéré cette malade avec notre ami le Dr Davioud, et sous la direction de notre maître le Dr Louis Bazy.

Opération le 1^{er} février 1932.

Nature de l'intervention : *gastro-entérostomie sur la poche supérieure comme 1^{er} temps d'une gastrectomie.*

Compte rendu opératoire :

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Exploration des lésions montre une sténose médio-gastrique d'aspect cicatriciel, consécutive à un ulcus de la petite courbure.

La gastrectomie semble très favorable, mais l'état de dénutrition extrême dans lequel se trouve la malade, ne le permet pas actuellement, si bien que l'on fait une gastro-entérostomie postérieure trans mésocolique, très à gauche de la grande cour-

bure, comme 1^{er} temps d'une gastrectomie que nous lui ferons dès que son état le permettra.

Suites opératoires normales.

Revue 1 mois après la malade a engraisé un peu. L'état général est meilleur, ne vomit plus ; ses douleurs se sont un peu calmées. La radioscopie a montré que la baryte passe non seulement par la bouche anastomique mais aussi par le canal de biloculation.

Avril 1932. — Cette malade vient de rentrer dans le service pour une gastrectomie que nous devons pratiquer incessamment.

*
* *

Nous voyons en résumé, que les résultats de la gastro-entérostomie simple, faite à titre curatif, sont, en général, très médiocres voire nuls.

Toutes les statistiques relèvent une trop grande proportion d'échecs et de mauvais résultats pour lesquels on est obligé souvent de réintervenir soit à cause d'accidents à marche lente, soit à la suite de phénomènes aigus.

Or, parmi les malades étiquetés guéries, si on lit les observations, et surtout si on analyse les résultats éloignés, on s'aperçoit que cette guérison est en général de courte durée, ou bien est extrêmement précaire, ces malades vivant dans un véritable équilibre instable, que le moindre écart de régime ou la moindre fatigue suffit à rompre.

Ces inconvénients de la gastro-entérostomie ont pour cause plusieurs facteurs. Les uns sont liés à la persistance ou au réveil du processus ulcéreux, les autres au

fait que la poche supérieure, la poche inférieure, ou toutes les deux se drainent mal.

La bouche anastomotique, en effet, fonctionne dans la plupart des cas, très mal. Les examens radiologiques le confirment.

Dans notre observation n° 2, la baryte continuait à passer largement par le rétrécissement.

Il peut en résulter des troubles très graves allant jusqu'à l'obturation complète de la bouche anastomotique.

Par ailleurs, même quand celle-ci fonctionne bien, on peut lui reprocher le fait qu'elle exclut une trop grande portion d'estomac où vont stagner des liquides de stase et d'hypersécrétion. Mais c'est au niveau de la poche inférieure qu'il est le plus fréquent d'observer ces phénomènes de stase, même sans sténose pylorique nette ces accidents qui s'expliquent mal sont très fréquents et c'est à cause d'eux que certains chirurgiens conseillent de pratiquer des gastro-entérostomies doubles, une sur chaque poche gastrique.

Les récidives se manifestant par des troubles digestifs accompagnés de vomissements et douleurs, sont les accidents que l'on observe le plus fréquemment, presque dans les 2/3 des cas. Ils peuvent s'amender à la longue, sous l'effet d'un traitement médical énergique, ainsi que nous le voyons dans notre observation 1. Mais trop souvent l'intensité de ces phénomènes qui traduisent soit la récurrence ulcéreuse ou l'apparition d'un ulcus peptique siégeant sur la bouche anastomotique oblige à réopérer ces malades.

Lanos a publié à la Société des Chirurgiens de Paris

en 1927, une très belle observation dans laquelle la malade opérée de gastro-entérostomie et continuant à souffrir, une nouvelle opération fut jugée nécessaire. A l'intervention, il fut obligé de pratiquer une gastro-pyloréctomie, avec résection de la bouche anastomotique envahie par le processus ulcéreux.

Ces réinterventions sont extrêmement laborieuses ; des adhérences bloquent toute la région gastrique, et souvent l'acte opératoire se réduit à une simple laparotomie exploratrice.

Nous transcrivons l'observation suivante qui appartient à M. le Pr Lejars et qui a été publiée par Caillé dans sa thèse.

Estomac biloculaire d'origine ulcéreuse, opéré le 17 février 1912 par M. le Pr Lejars.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Après l'opération, la malade continue à souffrir de douleurs gastriques à irradiations dorsales, très vives.

2^e opération, le 29 juin 1912 (M. le Pr Lejars).

On constate des adhérences superficielles du lobe gauche du foie à la partie moyenne de l'estomac. On les sectionne. Mais le tissu gastrique sous-jacent est intimement lié en avant au foie, en arrière au pancréas, et d'autre part la situation de la lésion est très élevée si bien qu'on ne peut pousser plus loin l'intervention.

Les accidents aigus constitués par des hémorragies et des perforations sont plus rares. On peut les observer quelque temps après l'intervention. Wœffler a eu 2 cas dans lesquels il observa une perforation de l'ulcère avec péritonite généralisée, et dans une autre, une hémorragie

gastrique foudroyante. Caillé rapporte dans sa thèse un cas analogue d'hémorragie gastrique. Ces accidents sont signalés par de nombreux auteurs au cours de ces dernières années.

Enfin, il reste toujours le danger de voir un cancer se greffer sur l'ulcus et emporter le malade dans un temps plus ou moins court.

Conclusions et indications

A l'heure actuelle, la gastro-entérostomie sur la poche supérieure, et la gastro-gastrostomie, sont considérées comme des méthodes d'exception ou de nécessité, *ayant des indications extrêmement limitées*. Presque tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. Donc on ne peut pas opposer les méthodes palliatives aux méthodes radicales, celles-ci étant le but idéal que tout chirurgien doit tâcher de réaliser dans le traitement de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

Ce qui est plus important pour le chirurgien, c'est de savoir dans quel cas il doit préférer la gastro-entérostomie sur la paroi supérieure, à la gastro-gastrostomie donnant en général des résultats nettement supérieurs.

Pour certains auteurs, la petitesse de la poche cardiaque et sa situation haut fixée par des adhérences semblerait donner une indication favorable à la gastro-entérostomie mais, dans ces cas, on est souvent obligé de pratiquer des bouches antérieures à anse longue dont le fonctionnement est des plus défectueux.

Chabrol a pu suivre pendant 3 ans, une malade ainsi

traitée. La cachexie était tellement intense que la malade mourait littéralement de faim. La bouche anastomotique ainsi placée finit par s'oblitérer, et une nouvelle intervention pratiquée par M. Hartmann ne permit que de faire une gastrostomie sur la poche inférieure la malade, âgée de 56 ans, pesait, à sa mort, 28 kilos.

Actuellement, la gastro-entérostomie sur la poche supérieure ne doit être préférée à la gastro-gastrostomie que chez les malades sur lesquels on a l'intention de pratiquer dans un deuxième temps très rapproché, une gastrectomie secondaire.

Cette manière de voir a été recommandée par plusieurs auteurs : Mayo, Pauchet et d'autres la pratiquent volontiers. Nos maîtres le Pr Brocq et le Dr Louis Bazy, sont aussi du même avis ; c'est suivant les conseils de ce dernier, que nous avons agi ainsi pour notre malade (obs. 2), et nous n'avons qu'à nous en féliciter, car l'amélioration passagère que la malade présente à l'heure actuelle, va nous permettre de pratiquer une gastro-pylorectomie.

Gastro-entérostomies doubles

Devant les insuccès de la gastro-entérostomie simple, et voulant agrandir les indications de celle-ci dans le cas de lésions complexes avec lésions pyloriques associées, plusieurs auteurs tant en France qu'à l'étranger, proposèrent de pratiquer des anastomoses doubles, une sur chaque poche gastrique.

Clément et Montprofit créèrent à cet effet des procédés

extrêmement compliqués, et qui à l'heure actuelle n'ont qu'un intérêt historique.

Quoique rares, ces opérations sont encore pratiquées par quelques chirurgiens.

Downes, en 1918, dit en avoir pratiqué 2. Les malades ont présenté, par la suite, une certaine amélioration.

Gamberini, en 1922, dit en avoir pratiqué 3 ; il n'y a aucun renseignement sur les résultats éloignés.

Gibson, en Amérique, en 1926, s'est déclaré le défenseur de cette méthode. Cet auteur a ainsi traité 2 malades : l'opération lui aurait donné des résultats *immédiats* satisfaisants.

Il croit que cette méthode doit avoir de nombreuses indications, du fait de la fréquence de la sténose du pyllore et du mauvais fonctionnement de celui-ci après gastro-entérostomie sur la poche supérieure.

Les résections lui paraissent une méthode d'exception à cause de leur gravité.

D'après cet auteur, ces anastomoses doubles se pratiquent très rapidement et aussi très facilement, si l'on suit sa technique qui consiste à anastomoser successivement la poche supérieure et inférieure avec la même anse jéjunale. Il conseille de faire ces anastomoses trans-mésocoliques : chaque brèche méso-colique doit être distante l'une de l'autre de 6 cm. environ.

Le reflux du liquide de la poche inférieure dans la poche supérieure qui inévitablement se produit, n'a d'après lui, aucun inconvénient, ce qui n'est pas l'avis des physiologistes. Quoi qu'il en soit, la double gastro-

entérostomie, même suivant cette technique simple, ne doit être considérée que comme une très mauvaise méthode. Elle ne pourrait être pratiquée que dans les cas où l'on trouve des lésions échappant à toute description, et comme un pis-aller. On conçoit que dans ces conditions les résultats soient des plus aléatoires.

Gastro-entérostomies associées

La gastro-entérostomie a été associée à d'autres opérations. C'est ainsi que Delagenière, au Congrès de Chirurgie de 1920, disait qu'il fallait la pratiquer toujours sur la poche inférieure après résection annulaire, car celle-ci se draine mal.

Kummer, en 1924, était du même avis. Cette conception a été combattue notamment par Hartmann, et semble abandonnée par la plupart des chirurgiens à l'heure actuelle.

D'autres auteurs l'associent à la gastro-gastrostomie dans la même crainte.

Les résultats de ces opérations associées sont tout à fait médiocres. Elles compliquent et allongent des opérations dont souvent le seul avantage est la simplicité et la rapidité d'exécution.

Nous insisterons aussi sur le très grave inconvénient qu'elles ont de rendre une opération ultérieure extrêmement difficile pour ne pas dire impossible.

Bref, et pour résumer les opinions les plus admises aujourd'hui, nous croyons :

a) Que la gastro-entérostomie sur la poche supérieure

ne guérit pas les malades atteints de biloculation gastrique d'origine ulcéreuse ;

b) Que les mauvais résultats dus aux causes que nous avons déjà exposées obligent dans un très grand nombre de cas, à réintervenir. Cette nouvelle intervention étant en général très grave ;

c) Les résultats étiquetés favorables sont nettement inférieurs à ceux donnés par la gastro-gastrostomie, quant au nombre et à la qualité de ces guérisons ;

d) La gastro-entérostomie sur la poche supérieure faite comme premier temps d'une gastro-pyloréctomie, 1 ou 2 mois avant celle-ci est une bonne méthode qui peut avoir quelques indications ;

e) Les gastro-entérostomies doubles et les gastro-entérostomies associées sont des méthodes à rejeter.

II. — La gastro-gastrostomie

Généralités.

Cette opération a pour but d'anastomoser l'une à l'autre les deux poches gastriques. Elle fut décrite pour la première fois par Wœfler qui, en 1894, l'appliqua le premier au traitement de la biloculation gastrique.

D'exécution simple et rapide, pouvant se faire sous anesthésie locale, cette opération rallia en peu d'années, de nombreux partisans.

Les résultats, comme nous le verrons d'après la plupart des chirurgiens, sont loin d'être toujours satisfaisants,

Si, dans certains cas, elle a pu être suivie de guérison plus ou moins complète, nombreux sont les malades qui continuent à présenter des troubles gastriques, ceux-ci peuvent être dus à la persistance ou au réveil du processus ulcéreux, ou bien provoqués par le mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique, laquelle peut être englobée par des adhérences, qui la rétrécissent ou l'oblitérent complètement.

Technique.

Wœffler a insisté avec raison sur l'intérêt qu'il y avait à bien choisir le siège de cette anastomose.

D'après cet auteur : 1) La gastro-gastrostomie doit se faire sur les deux poches au-dessous de l'axe du rétrécissement de l'estomac ; 2) la nouvelle bouche doit être située au-dessous de la sténose. C'est là un point capital, car il faut pour le bon fonctionnement de celle-ci, que la poche cardiaque soit drainée à son point déclive.

Ceci dit, l'opération d'après la technique de Wœffler comprend les temps suivants : voir fig. 1.

a) Suture séro-séreuse des parties inférieures des deux poches gastriques.

b) Incision de l'estomac sur chaque poche, cette incision doit être aussi large que possible et avoir au moins 6 centimètres.

c) Surjet total.

d) Reprise du surjet séro-séreux antérieur.

Il est bon de faire un deuxième surjet antérieur, car c'est là que la suture peut couper.

Cette technique a été modifiée par plusieurs auteurs :
Watson fait une plicature de l'estomac.

Duval préfère faire une incision beaucoup plus longue et qui va de la petite courbure à la grande. Cette

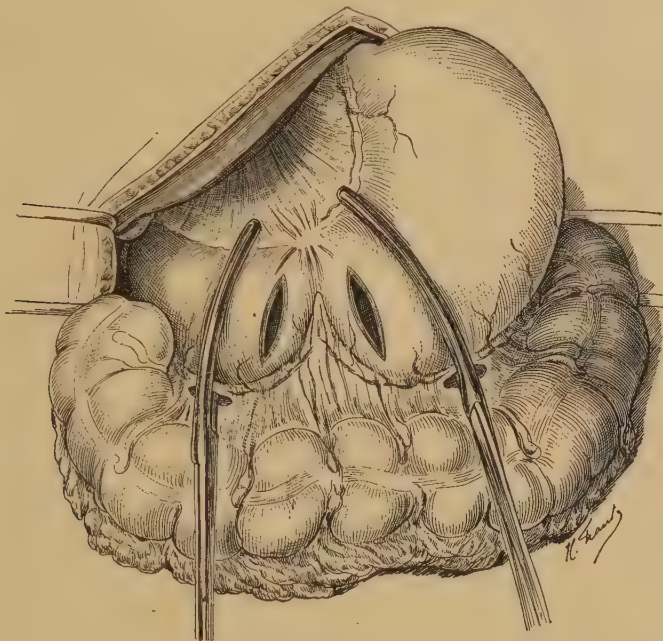


FIG. 1. — Gastro-gastrostomie (Schématique) car le surjet séro-séreux postérieur doit être pratiqué avant l'incision des deux poches gastriques.

technique assurerait un fonctionnement meilleur de la bouche anastomotique.

L'inconvénient majeur vient du fait que pour pouvoir la pratiquer, il faut beaucoup d'étoffe des deux côtés, donc on ne pourra la faire que si l'estomac est facilement mobilisable,

La bouche anastomotique se trouve ainsi située en avant du rétrécissement, non au-dessous.

Downes, en Amérique en 1919, décrit une méthode qu'il dit lui-même avoir vu employer en Allemagne par Kammer, et qui consiste à appliquer à la gastro-gastrostomie le procédé que Finney emploie pour la gastro-duodénostomie.

Lecène, en 1920, publia dans le *Journal de Chirurgie*, quelques figures se rapportant à cette opération et que nous avons empruntées. Voir fig. 2, 3, 4 et 5.

La gastro-gastrostomie à la Finney comporte les temps suivants :

1) Surjet séro-séreux unissant les 2 poches gastriques ;

2) Incision de l'estomac en fer à cheval ; cette incision intéressant le rétrécissement. Les branches verticales de cette incision doivent se faire autant que possible près du surjet séro-séreux postérieur, et ceci pour éviter la trop grande saillie de l'éperon muqueux qui se produira après le surjet total. La large brèche ainsi créée permet d'explorer la cavité gastrique et de faire, si on veut, soit une résection de l'ulcère, soit une thermocautérisation de celui-ci à la Balfour.

3) Surjet total entre les deux lèvres antérieure et postérieure de l'incision, la brèche est ainsi fermée et l'anastomose établie.

4) Surjet séro-séreux antérieur qui complètera l'opération. Ce dernier point, d'après les rares auteurs qui ont pratiqué cette méthode, est parfois le plus délicat. En effet, une bonne partie du surjet séro-séreux anté-

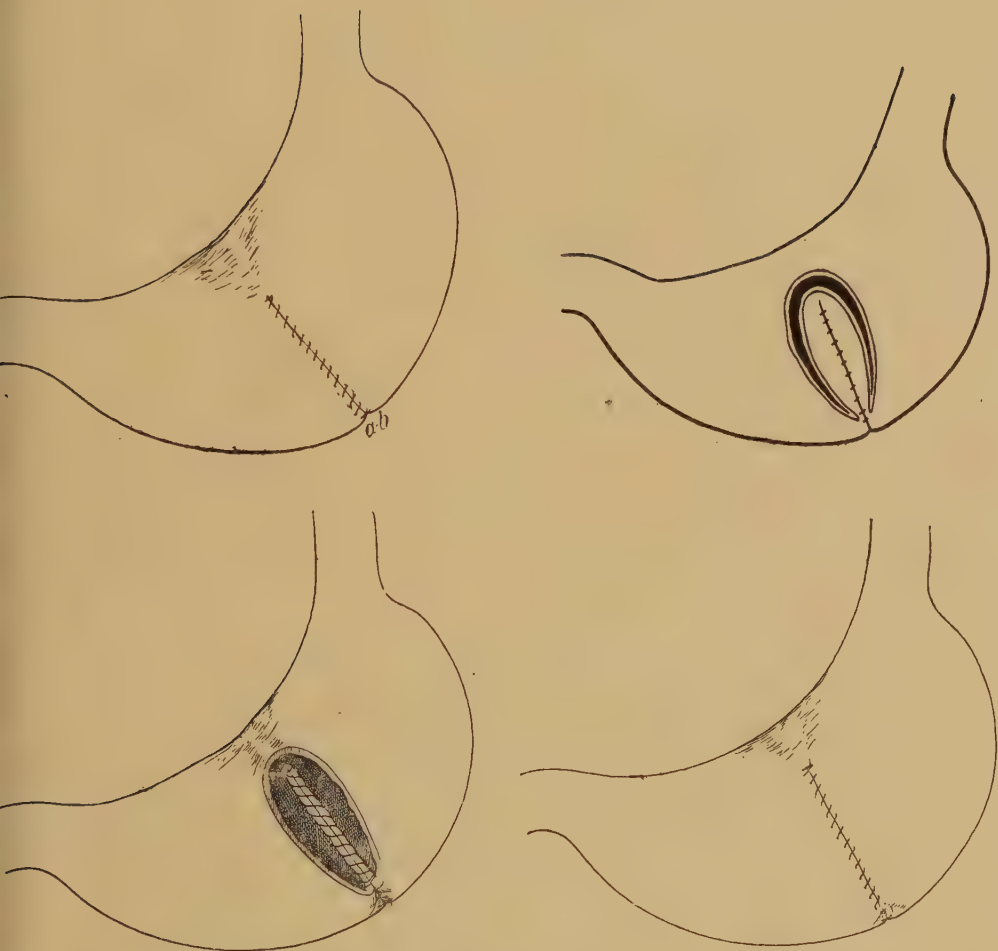


FIG. 2, 3, 4, 5. — Gastro-gastrostomie à la Finney (d'après Lecène).

rieur, va passer en plein tissu malade. Pour peu que celui-ci soit friable, les fils vont couper à chaque fois. On essayera dans ces conditions, les points séparés, en ramenant du plus loin possible la paroi gastrique, et en établissant un deuxième étage de suture.

Parallèle des 2 méthodes.

Beaucoup d'auteurs ont été séduits par la description de la gastro-gastrostomie à la Finney. Elle réalise, en effet, une gastroplastie et une gastro-anastomose.

Les avantages que par ailleurs cette méthode réaliserait seraient les suivants :

a) Elle permet d'établir une anastomose *large et unique* des deux poches gastriques ;

b) Il est possible d'attaquer directement l'ulcère soit en l'excisant, soit en le cautérisant ;

c) Au point de vue radiologique, le fonctionnement *immédiat* de l'anastomose ainsi réalisée serait meilleur.

A côté de ces avantages indéniables, on peut lui reprocher, avec raison, de nombreux inconvénients :

D'abord elle ne peut être appliquée qu'aux biloculations dans lesquelles les deux poches gastriques viennent très facilement. Or pour faire une gastro-gastrostomie à la Wœffler, il suffit, en général, qu'il n'y ait pas d'adhérences antérieures.

Dans les biloculations canaliculaires, il serait impossible de la pratiquer surtout si ce canal est long de plusieurs centimètres comme il arrive souvent.

D'autre part, le fait que l'incision est pratiquée en

plein tissu douteux, n'est pas sans avoir de très sérieux inconvénients.

Au point de vue immédiat, nous avons déjà vu les difficultés techniques que l'on peut rencontrer dans l'adossement séro-séreux antérieur, d'où le danger toujours possible de désunion partiel de cette suture.

Les risques d'infection des fils sont toujours plus grands à cause des tissus sur lesquels on travaille.

Enfin le bon fonctionnement de la bouche anastomotique, tout de suite après l'opération, ne prouve rien ; ce qui est plus important, c'est de savoir ce qu'elle deviendra tardivement. Or, cette bouche étant pratiquée en partie en plein rétrécissement, la rétraction des tissus continuant, doit fatalement la déformer, et il est possible que dans un temps plus ou moins éloigné, la sténose se reproduise.

Ces faits théoriques ont été confirmés par quelques auteurs.

Pringle, en 1926, rapporte deux observations de malades opérés de gastro-gastrostomie à la Finney. L'examen, tout de suite après l'opération, montra un fonctionnement normal de l'estomac, mais quelques mois après, la radioscopie le révéla déformé, fonctionnant mal et avec des signes de récives.

Statistique générale et résultats de la gastro-gastrostomie.

Montprofit, dans son travail sur l'estomac biloculaire en 1906, a rapporté 21 cas de gastro-gastrostomies pratiqués par différents chirurgiens. Dans 15 cas la guérison ou l'amélioration a été obtenue, dans 4 cas par con-

tre, ces résultats ont été nuls, ou bien on a observé des récidives. Montprofit ajoute qu'en général les résultats de cette opération sont bons.

Monyhan, vers cette époque, de même que Finsterer et Rowlands se déclarent satisfaits des résultats. Nous verrons que par la suite ils ont abandonné cette méthode à cause des succès, pour devenir partisans convaincus de la résection.

Bier rapporte 3 cas parmi lesquels 2 ont eu besoin d'une nouvelle opération. Spanhauss rapporte une observation de Kuttner dans laquelle on n'obtint aucune amélioration. Pauchet, vers 1914, publia une très belle observation dans laquelle malgré une gastro-gastrostomie, on fut obligé de réintervenir 18 mois après. A l'examen de la pièce, on trouva un ulcère énorme siégeant sur l'anastomose elle-même. La malade ne fut guérie qu'après résection large de l'estomac. Cette observation est citée en entier dans la thèse de Santy.

Tuffier et Roux-Berger en 1914 la considéraient comme l'opération de choix.

Duval, à la même époque, se déclare satisfait des résultats ; d'après 3 observations il la considère comme la méthode de choix chaque fois que la résection annulaire est impossible.

Parmi les travaux plus modernes, citons Downes, en 1918, qui sur 17 cas de biloculation gastrique a pratiqué 3 gastro-gastrostomies avec des résultats excellents. Une de ses malades a été suivie pendant 9 ans. Il considère cette opération comme très bonne ; il dit la pratiquer

surtout quand il y a des adhérences très solides de la petite courbure de l'estomac au foie.

D'après Patterson, en 1919, son pourcentage d'insuccès après cette opération se chiffrait à 30 %.

Lecène en 1921, a publié 2 cas suivis pendant plusieurs années et qui ont eu une amélioration certaine. Il croit que c'est la méthode palliative de choix chaque fois que la résection est contre-indiquée. Ses préférences vont à la gastro-gastrostomie à la Finney.

Thomas, en 1921, sur 46 cas de biloculation gastrique, a pratiqué 15 gastro-gastrostomies. Il a eu 2 morts. Il la fait volontiers chaque fois que les poches sont de dimensions égales, assez volumineuses, le tout s'accompagnant d'une constriction étroite et d'aspect fibreux.

Les adhérences au foie lui semblent une indication nette. Il ne rapporte pas de renseignements sur les résultats éloignés.

De Martel, en 1923, dit avoir pratiqué 4 gastro-gastrostomies avec des bons résultats. Il croit que c'est l'opération palliative la plus favorable.

Delore et Michon, en 1924, ont opéré 1 cas suivi de guérison. Ils considèrent la gastro-gastrostomie comme une méthode de nécessité, mais ajoutent qu'elle a le grave inconvénient de rendre impossible toute résection ultérieure, ce qui n'est pas sans nous étonner.

Pauchet, en 1919, sur une statistique de 19 cas de biloculation gastrique, dit avoir pratiqué 4 gastro-gastrostomies, les résultats ont été franchement mauvais, si bien qu'à l'heure actuelle il a abandonné complètement cette méthode.

Les Mayo, en 1925, publient la statistique de la Clinique de Rochester. On voit ainsi qu'ils ont pratiqué 20 gastro-gastrostomies, avec les résultats suivants :

mortalité 1 ;
guérisons 10 ;
améliorés 2 ;
résultats nuls 5 ;
enfin 2 ont eu besoin d'une nouvelle intervention.

Vaccaro dans sa thèse, 1927, rapporte 13 gastro-gastrostomies pratiquées par le Pr. Gosset à la Salpêtrière. On trouve chez ces malades qui ont été suivis, les résultats suivants :

8 guérisons ;
2 résultats nuls ;
3 malades sont morts quelques mois ou quelques années après l'opération.

Il conclut en disant que c'est une bonne méthode.

*
* *

Notre statistique comprend : 3 cas de gastro-gastrostomies. Dans un 4^e cas, celle-ci a été pratiquée longtemps après une gastro-entérostomie de la poche supérieure. (obs. 1).

Les résultats de nos 3 observations dans lesquelles la gastro-gastrostomie fut la seule opération pratiquée, sont les suivants :

1 malade semble cliniquement guéri ;
2 malades présentent encore des troubles, dans l'une de nos observations (n° 4) la bouche anastomotique semble oblitérée.

Observation 3



Biloculation gastrique très nette, avant l'opération.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. 3. (Inédite) (D^r BROCO, D^r NICAUD).

Mme War..., âgée de 56 ans, entrée à la clinique le 3 décembre 1923, sortie le 23 décembre 1923. Biloculation gastrique consécutive à un ulcère de la petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

Résumé de l'observation : La malade vient consulter pour douleurs tardives ; 5 à 6 heures après l'absorption d'aliments. Vomissements alimentaires répétés et hyper acides.

Une seule hématémèse en 1905.

Tous ces troubles ont débuté il y a 25 ans, mais c'est leur aggravation qui décide la malade à consulter.

Examen : Amaigrissement considérable, la malade ne pouvant prendre que des liquides.

Estomac dilaté, clapotage à jeun, douleurs à la pression le long de la grande courbure.

Examen radioscopique en novembre 1923 : Biloculation gastrique très marquée. On voit un défilé étroit séparant nettement 2 poches gastriques et ne laissant passer la baryte que très péniblement.

Pas d'obstacle pylorique.

Cette biloculation persiste à plusieurs examens radioscopiques. (Voir pl., n° IV).

Opération le 6 décembre 1923 par M. le Professeur agrégé Brocq.

Diagnostic clinique : biloculation gastrique par ulcus ancien de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *Gastro-gastrostomie.*

Compte-rendu opératoire : Malade extrêmement fatiguée.

Anesthésie locale de la paroi, et quelques bouffées de chloro.

Sténose médio-gastrique très serrée. Poches supérieure et inférieure volumineuses. Entre ces 2 poches, le long de la petite courbure, existe un canal du calibre d'un petit doigt, souple, d'aspect cicatriciel, parfaitement extériorisable.

La résection de ce petit canal eut été facile mais elle nous a paru inutile et peut-être nuisible, car elle eut entraîné nécessairement la section des vaisseaux et des nerfs de la petite courbure. On se contente de faire une très large gastro-gastrostomie entre les 2 poches. Celle-ci semble aboutir au même résultat que la gastrectomie annulaire avec beaucoup moins de risques opératoires, vu l'état général de la malade.

Après cette large gastro-gastrostomie, l'aspect extérieur de l'estomac est devenu normal.

Après l'opération, la circulation des liquides paraît très facile entre les 2 poches.

Guérison opératoire sans incidents.

La malade quitte la maison de santé le 15^e jour, en très bon état.

Revue quelques années après l'opération.

L'état général s'est nettement amélioré. La malade a grossi de plusieurs kilos, ne souffre pas, ne vomit pas, ne suit pas de régime, mange de tout.

L'examen radioscopique fait 5 ans après l'opération montre un estomac se remplissant et s'évacuant très bien.

La bouche de gastro-gastrostomie fonctionne normalement.

Pas de douleurs à la palpation. Estomac facilement mobilisable. (Voir pl. V et VI.)

Revue le 25 février 1932, donc 9 ans après l'opération.

Etat général excellent. A grossi de 18 kilos depuis son opération. Ne souffre pas, ne vomit pas, mange de tout.

En résumé, résultat excellent.

Obs. 4 (Inédite) (D^r Brocq, D^r Cain).

Mme Vve Gom..., âgée de 50 ans, entrée le 26 septembre 1929, sortie le 30 octobre 1929.

Biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

Gastro-gastrostomie. Amélioration.

Résumé de l'observation : La malade entre dans le service pour douleurs très violentes après les repas, accompagnées de

Observation 3



Cliché pris quelques années après gastro-gastrostomie. (Couchée)

Observation 3



Cliché pris quelques années après gastro-gastrostomie. (Debout)

vomissements de liquide clair très abondants, rarement vomissements alimentaires.

Pas d'hématémèses, pas de mœlena.

Ces troubles se sont installés progressivement. La malade dit souffrir depuis plus de 5 ans.

Examen : Rien de particulier.

Amaigrissement considérable.

Examen radioscopique : Un premier examen a montré une fausse image d'amputation du pylore avec grosse stase gastrique.

Une 2^e radioscopie faite le 20 septembre 1929 montre du liquide de stase à jeun.

Remplissage hypertonique d'un estomac haut situé, à contours irréguliers.

Au bout de 20 minutes environ, on constate l'existence d'une 2^e poche sous-jacente, se contractant normalement.

Pylore normal.

Les 2 poches sont réunies par un trajet flou, s'injectant par intermittence. Reflux impossible de la poche inférieure dans la supérieure.

En résumé, il s'agit d'une biloculation gastrique organique par ulcus probable de la petite courbure.

Opération par M. le Professeur agrégé Brocq le 10 octobre 1929.

Nature de l'intervention : *Gastro-gastrostomie*.

Compte rendu opératoire : Anesthésie générale au Billroth.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Ulcus cicatriciel de la petite courbure à sa partie moyenne.

Canal cicatriciel étroit de la grosseur du pouce séparant nettement 2 poches gastriques. Poche supérieure et inférieure à peu près d'égale volume.

Exploration par derrière du rétrécissement, après avoir perforé le ligament gastro-colique a montré un aspect tout à fait cicatriciel de celui-ci.

Adhérences lâches avec le pancréas.

Pas de ganglions,

Observation 4



Malade opéré par gastro-gastrostomie.
La bouche anastomotique semble extrêmement rétrécie ou oblitérée.

Observation 4



Cliché de la même malade pris 8 jours après traitement par l'atropine.

Étant donné l'aspect cicatriciel, l'étroitesse du canal intermédiaire, l'état de dénutrition de la malade, on se contente d'une large gastro-gastrostomie.

Paroi en 3 plans.

Suites opératoires normales.

Malade revue en février 1932.

Bon état général ; dit avoir engraisé de plusieurs kilos depuis son opération. Ne souffre plus, ne vomit plus, mange de tout.

Toutefois, il y a 1 an environ, à la suite d'un repas trop copieux, la malade a souffert pendant quelques jours. Après un régime médical de quelques semaines, ses troubles ont complètement disparu. Elle surveille, depuis, son alimentation.

Radioscopie faite en février 1932 a montré : Un estomac biloculaire des plus nets (Voir pl. n° VII,) les deux poches se remplissant très rapidement. Evacuation pylorique normale. On ne trouve pas de trace de la bouche de gastro-gastrostomie. La baryte de la poche supérieure se vidant dans l'inférieure par un canal rétréci. Il est impossible de dire, si ce rétrécissement correspond à la bouche de gastro-gastrostomie ou à l'ancien rétrécissement.

Pour éliminer une cause d'erreur due à un spasme, nous avons fait une nouvelle radioscopie après injection d'atropine, qui a confirmé la première radiographie (Voir pl. n° VIII).

En résumé, cette malade semble ne présenter que peu de troubles.

Obs. 5. — (Inédite) (D^r BROcq, D^r CAIN).

Mlle Fou ..., âgée de 48 ans, entrée le 23 novembre 1925, sortie le 15 février 1926.

Bilocation gastrique d'origine ulcéreuse.

Gastro-gastrostomie. Amélioration.

Résumé de l'observation : la malade vient consulter pour douleurs continues au niveau de l'estomac plus marquées la nuit,

Ces douleurs sont augmentées par l'ingestion d'aliments, et ne se calment qu'après des vomissements.

Les vomissements sont très fréquents et surviennent surtout immédiatement après les repas.

Tous ces troubles semblent dater de 6 mois. Toutefois la malade dit avoir vomi du sang noir épais, mêlé à des aliments à 3 reprises successives. La première fois à 11 ans, 1 verre de sang, la deuxième fois à 13 ans, 3 verres, la 3^e fois à 17 ans, 3 verres.

Amaigrissement considérable.

Examen montre qu'il s'agit d'une cardiaque présentant un rétrécissement mitral très net.

Radiographie le 30 novembre 1925 : estomac biloculaire très marqué. On voit se dessiner 2 poches qui communiquent par un canal étroit et s'injectant mal. Niche d'Haudek au niveau de la petite courbure.

Opération pratiquée le 1^{er} février 1926 par M. le Pr agrégé Brocq.

Diagnostic clinique : biloculation gastrique par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *gastro-gastrostomie*.

Compte rendu opératoire :

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Gros ulcère de la face postérieure de l'estomac, adhérent au pancréas, et intéressant la partie moyenne de la petite courbure. La résection semble très difficile, très grave à cause des lésions cardiaques que la malade présente. Il y a biloculation gastrique assez serrée avec des adhérences épiploïques en avant. La bouche sur la poche supérieure n'est possible qu'en avant.

Large gastro-gastrostomie. Paroi en 3 plans.

Suites opératoires normales.

La malade qui habite à 300 kilomètres de Paris nous donne de ses nouvelles en février 1932.

Amélioration nette ; surveille ses aliments ; ne vomit plus mais souffre quelquefois de l'estomac.

Avantages de la gastro-gastrostomie.

De l'exposé des faits que nous venons de faire, ainsi que de nos observations, il ressort que la gastro-gastrostomie peut donner des améliorations considérables, voire des guérisons. Les malades ne souffrent plus, mangent bien, le tout s'accompagnant d'un relèvement très marqué de l'état général.

La proportion dans laquelle ces résultats favorables est obtenue, est très difficile à préciser, à cause de la difficulté que l'on a à suivre longtemps ces malades.

D'après Patterson, ces résultats ne s'obtiendraient que dans 50 % des cas. Les Mayo arrivent au même chiffre, Gosset, d'après ses observations, croit que le nombre des guérisons est plus élevé 75 %.

Si on prend une moyenne d'après la statistique de la plupart des chirurgiens, on arrive à un chiffre qui varie entre 40 et 60 % de bons résultats.

Ce n'est donc pas une si mauvaise méthode, d'autant plus que tous les chirurgiens sont d'accord à reconnaître qu'elle n'entraîne qu'une très faible mortalité.

Inconvénients de la gastro-gastrostomie.

Nous avons vu que de l'avis de tous les chirurgiens et dans une proportion qui varie entre 40 et 50 % des cas, la gastro-gastrostomie n'apporte aux malades aucune amélioration, ou bien on assiste à des récidives qui peuvent obliger à pratiquer une nouvelle intervention.

Ces accidents peuvent être dus à deux ordres de faits :

Les uns ont comme cause majeure la persistance ou le réveil du processus ulcéreux ;

Les autres peuvent avoir comme origine des troubles du fonctionnement de la bouche anastomotique.

Nous allons les exposer rapidement :

Les hémorragies : sont d'observation assez rare. Quand elles s'observent, il s'agit, en général, d'hématémèses de moyenne abondance. Leur répétition peut obliger à réintervenir.

Rarement on assiste à des hématémèses abondantes se terminant par la mort.

Küttner cite pourtant 1 cas. Il s'agissait d'une de ses opérées de gastro-gastrostomies qui présenta quelques mois après l'opération une hématémèse tellement abondante qu'elle emporta la malade.

Les douleurs sont au contraire une complication observée très fréquemment, et ont à leur origine une pathogénie complexe. En général elles surviennent après le repas ou bien lorsque les malades ont fait des écarts de régime. On les traitera médicalement, mais si elles persistent et s'aggravent, il faudra penser à la possibilité d'une récurrence, soit au niveau de l'ancien ulcère, soit au niveau de la bouche anastomotique.

Si l'examen radioscopique confirme ces doutes, une nouvelle intervention seule, pourra guérir ces malades.

Les troubles dûs au mauvais fonctionnement de la bouche, peuvent être latents et dans ce cas ils sont une découverte de radioscopie, comme dans notre observation n° 4 où malgré un rétrécissement très net, la malade ne présentait que peu de troubles gastriques. En général, ces accidents se traduisent par des douleurs gastriques accompagnées de vomissements plus ou moins

abondants; dès qu'un malade opéré d'une gastro-gastrotomie présente des vomissements, il faut de toute urgence pratiquer un examen radioscopique qui montrera la gêne ou le retard dans l'évacuation du segment supérieur de l'estomac. Si la bouche est complètement oblitérée, ou très rétrécie l'image biloculaire peut réapparaître avec toute sa netteté, comme dans l'observation n° 4. Nous ne saurions trop insister sur l'intérêt qu'il y a à répéter ces examens radioscopiques, après préparation du malade par l'atropine.

Enfin nous ne ferons que rappeler ici ce que nous avons déjà dit à propos de la gastro-entérostomie, c'est-à-dire la possibilité d'assister à une dégénérescence cancéreuse de l'ulcère.

Conclusions et indications de la gastro-gastrotomie.

De tout ce que nous venons d'exposer, il résulte que la gastro-gastrotomie est une opération de nécessité, qui a des indications très limitées.

A l'heure actuelle et à l'exception de très rares chirurgiens la plupart préfèrent de beaucoup pour le traitement des biloculations gastriques ulcéreuses, les résections aux anastomoses. Donc si la gastro-gastrotomie continue à être employée, c'est parce que souvent on se trouve devant un ensemble de faits précis qui semblent justifier cette opération d'une grande bénignité et pouvant dans un grand nombre de cas, donner des résultats très satisfaisants.

Ces indications sont dictées par plusieurs facteurs.

L'état général du malade peut être une indication for-

melle. Il est très fréquent en effet, de voir arriver à l'hôpital, ces malades dans un état de cachexie complète. Dans notre observation n° 3, il en était ainsi ; la malade ne prenait que des liquides et ceux-ci en très petite quantité.

La gastro-gastrostomie fut pratiquée chez une autre de nos malades (obs. 5) à cause de la lésion cardiaque que la malade présentait.

Un principe capital doit être à la base de cette opération ; pour qu'elle ait des chances de réussir, il faut que l'on se trouve en présence de lésions d'aspect purement cicatriciel, rétrécissement canaliculaire, rétrécissement libre sans induration de la paroi gastrique et sans adénopathies inflammatoires.

L'état des poches est très important. Elles doivent être d'un volume à peu près égal, mais surtout présenter une certaine mobilité qui puisse permettre de pratiquer cette anastomose en les amenant au contact l'une de l'autre.

Les adhérences antérieures contre-indiquent cette intervention.

Par ailleurs, si le malade présente un ulcus en activité, avec massetumorale, ou bien s'il s'agit d'un ulcus calleux, fébrile, hémorragique, avec des adhérences multiples, la gastro-gastrostomie pratiquée dans ces conditions, sera vouée à un échec certain. L'âge extrêmement avancé des malades pourrait seul justifier cette opération.

C'est d'ailleurs, croyons-nous, le tort que l'on a d'opposer la gastro-gastrostomie aux opérations dites radicales. Chacune de ces méthodes a ses indications. Celles de la gastro-gastrostomie comme nous venons de le dire

sont tirées de l'ensemble : état général, état local des lésions, âge des malades.

Si l'on veut agrandir son champ d'action et pratiquer cette opération chaque fois qu'une résection est impossible, même si les lésions sont nettement évolutives, il est certain que les résultats seront médiocres ou franchement mauvais, obligeant dans un certain nombre de cas, à des réinterventions dans des conditions qui seront encore beaucoup plus laborieuses.

Les opérations radicales

Généralités.

Dans les chapitres précédents, nous avons essayé de résumer l'opinion de différents auteurs sur les opérations palliatives. C'est à cause de la médiocrité des résultats éloignés, que beaucoup d'entre eux, et grâce aux progrès de la technique chirurgicale gastrique, se décidèrent à attaquer la cause même de la biloculation.

La première opération imaginée à cet effet a été sans conteste la Gastrectomie Annulaire dont Riedel, en 1909, a précisé la technique.

Considérée longtemps comme l'opération de choix dans le traitement de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse, cette opération, comme nous le verrons, se prête à de nombreuses critiques, mauvais fonctionnement gastrique, possibilité des récidives due à la persistance des biloculations spasmodiques post-opératoire. Si bien que c'est pour obvier à tous ces inconvénients que les Chi-

rurgiens préfèrent, aujourd'hui, pratiquer des gastrectomies plus larges.

Ces hémigastrectomies, suivant l'expression de Guil-
lould, qui a été un des partisans les plus convaincus de
cette opération, semblent à l'heure actuelle être le véri-
table traitement de choix de la biloculation gastrique.
Cette opération permet d'enlever non seulement le rétré-
cissement médio-gastrique, mais toute la poche inférieure
et le pylore, dont le fonctionnement est si mauvais au
cours des gastrectomies annulaires.

La supériorité des résections sur les opérations pallia-
tives, dans les traitements de la biloculation gastrique
d'origine ulcéreuse, n'est plus à démontrer aujourd'hui.

Le seul point sur lequel on discute encore est de sa-
voir si l'on doit préférer la gastrectomie annulaire à la
gastro-pylorectomie. Or, d'après les faits cliniques, ana-
tomiques et physiologiques que nous passerons en re-
vue, il semble que la gastro-pylorectomie soit nettement
supérieure à la résection annulaire.

Toutes les statistiques sont d'accord pour montrer la
supériorité incontestable des *résultats éloignés* de la
gastro-pylorectomie. La plupart des malades peuvent
être considérés après plusieurs années, comme clinique-
ment et radiologiquement guéris.

On n'observe pas comme dans la gastrectomie annu-
laire, des récidives *in situ*. Le fonctionnement gastrique
se faisant très bien ces malades peuvent mener une vie
tout à fait normale.

IV. — La gastrectomie annulaire

Généralités

Cette opération qui a pour but de réséquer une portion transversale et circulaire d'estomac et d'anastomoser ensuite les deux tranches gastriques ainsi sectionnées, est encore appelée du nom de résection médio-gastrique ou de résection circulaire.

Zeller, Bier, von Eiselberg, ont été les premiers à appliquer cette méthode au traitement de la biloculation gastrique.

Payr, en 1910, la conseille pour les ulcus du corps de l'estomac, mais c'est Riedel qui fixe le principe de sa technique, si bien que cette opération porte encore aujourd'hui, le nom de ce chirurgien.

Les premiers résultats publiés par cet auteur furent nettement supérieurs à ceux donnés jusque là par les anastomoses, si bien que très rapidement cette opération fut conseillée et acceptée comme la méthode de choix dans le traitement de la biloculation gastrique.

Aujourd'hui, malgré que le nombre de ses défenseurs soit toujours assez considérable, la gastrectomie annulaire semble, comme nous le verrons, une méthode nettement inférieure à la gastro-pyloréctomie.

Technique et indications

La gastrectomie annulaire comprend schématiquement les temps suivants : (voir fig. 6 et 7).

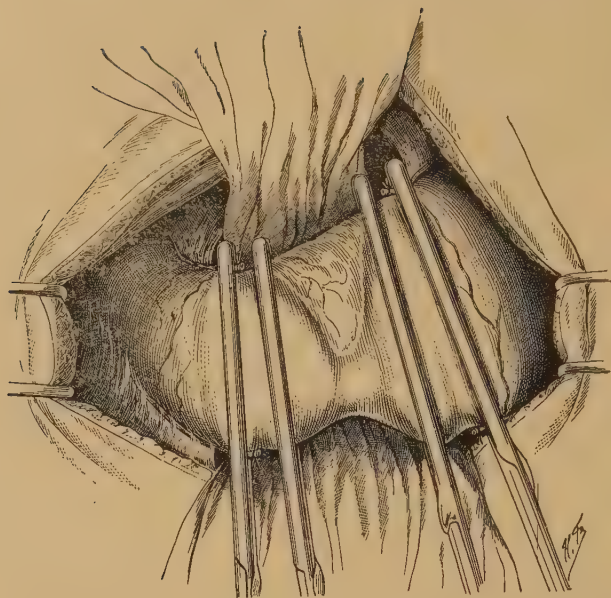


FIG. 6. — Résection médio-gastrique. Libération des courbures, ligatures, mise en place des 4 clamps et de la compresse " Billot " (Tuffier et Roux-Berger).

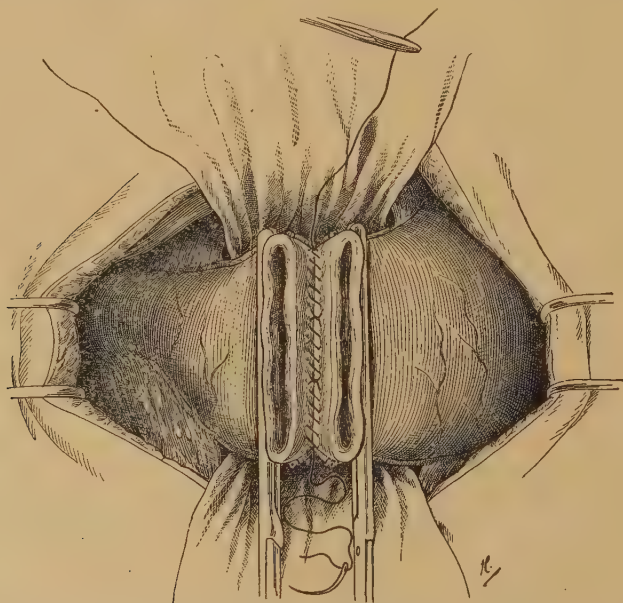


FIG. 7. — La partie malade a été enlevée; Surjet séro-séreux unissant la face postérieure des deux tranches (Tuffier et Roux-Berger).

1) EXPLORATION DES LÉSIONS.

Celle-ci doit porter non seulement sur la face antérieure de l'estomac mais encore sur la face postérieure. Cet examen se fera après effondrement du petit épiploon et du ligament gastro-colique.

S'il existe des adhérences antérieures mais surtout postérieures, on conçoit que cette opération a de fortes chances pour ne pas pouvoir être pratiquée, ou si elle l'est, elle le sera dans des conditions très délicates.

2) LIGATURE DES 4 PÉDICULES ARTÉRIELS AU NIVEAU DE LA GRANDE ET DE LA PETITE COURBURE.

Cette ligature devant se faire à la limite où portera la section gastrique.

Cette hémostase est loin d'être suffisante. Il faut faire avec un soin minutieux l'hémostase des *vaisseaux gastriques sur chaque tranche de section*. Lecène, en 1921, insistait déjà avec raison sur ce point.

Le surjet total, en effet, peut ne pas être assez serré, d'où le danger des hémorragies répétées.

Malgré ces précautions, on peut observer un suintement sanguin continu au niveau des sutures, et capable d'emporter la malade (obs. 9).

3) MISE EN PLACE DE 4 CLAMPS ÉTRÉGINANT L'ESTOMAC DE CHAQUE CÔTÉ OU PORTERONT LES FUTURES SECTIONS.

On aura soin de protéger le champ opératoire par une compresse Billot, que l'on passera derrière la partie de l'estomac enlevée.

4) SECTION DE L'ESTOMAC.

Cette section doit se faire le plus loin possible du rétrécissement en tissu sain,

5) ANASTOMOSE BOUT A BOUT DES DEUX PARTIES GASTRIQUES
AINSI SECTIONNÉES PAR UN DOUBLE SURJET.

Ce temps opératoire peut être difficile à cause des faits suivants :

a) la partie réséquée étant trop large, on a de la peine à mettre en contact les deux bouts gastriques qui se rapprochent difficilement ;

b) le diamètre des deux tranches de section peut avoir une différence considérable, si bien que, dans ces conditions, l'anastomose bout à bout est impossible.

Il faudra donc diminuer le calibre de l'une d'elles puis anastomoser la tranche ainsi réduite. Ces difficultés opératoires ne sont pas sans avoir de très sérieux inconvénients : elles allongent et compliquent considérablement l'opération.

6) RÉPARATION DES BRÈCHES ÉPIPLOÏQUES faites pendant le temps d'exploration.

Il faudra bien faire attention, car des brèches ainsi créées peuvent passer inaperçues, celles-ci pouvant donner lieu à des accidents extrêmement sérieux (obs. 7).

7) FERMETURE DE LA PAROI.

Comme nous le voyons, la résection annulaire est dans les cas favorables, assez facile, plus rapide et moins choquante qu'une gastro-pylorectomie. Mais en pratique, il est loin d'en être toujours ainsi. Pour peu qu'il existe des adhérences ou bien que le rétrécissement soit considérable, et tienne en arrière, l'opération deviendra extrêmement laborieuse.

En effet, les indications de la gastrectomie annulaire

du fait de ces difficultés se trouvent très restreintes.

Il faut pour que cette opération puisse être pratiquée, les conditions suivantes : que le rétrécissement soit libre ou faiblement adhérent ; or, ceci ne se voit que dans moins de la moitié des cas. Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'adhérences solides fixant le rétrécissement aux organes voisins, cette opération sera contre-indiquée, les adhérences postérieures constituent d'après Lecène un très gros danger pour les vaisseaux spléniques.

Le rétrécissement doit être peu étendu en largeur. Si on se trouve devant une lésion ayant infiltré assez loin les parois gastriques, une résection sera plus grave et plus difficile à faire qu'une gastro-pylorectomie.

La présence d'un obstacle pylorique d'une part, et d'une acidité trop considérable de l'autre, semblent une contre-indication formelle à cette opération.

De même, il est plus logique de ne pas la pratiquer chaque fois que l'on trouve une masse tumorale pouvant faire penser à une dégénérescence néoplasique.

En résumé, la gastrectomie annulaire est une opération dont les indications sont assez limitées (rétrécissement libre, ou faiblement adhérent, accompagné de poches gastriques de volume à peu près égal).

Statistique générale et résultats

Zeller, en 1894, a rapporté une des premières observations de résection annulaire pour biloculation gastrique suivie de guérison.

De 1900 à 1904, Kümmel, Körte, Krauss, Cammerer,

rapportent, chacun, une observation suivie de guérison immédiate.

Lambotte, en 1904, rapporte 2 cas avec 1 mort et une guérison.

Vallas, en 1908, dans un rapport à la Société de Chirurgie de Lyon, communique l'observation d'une de ses opérées ayant subi une gastrectomie annulaire, qui est morte 4 ans plus tard, d'une hématomèse abondante. Cette observation a une grosse valeur, car c'est l'une des premières dans lesquelles on ait observé un accident évolutif aigu.

Küttner, en 1910, rapporte un cas avec mort au bout d'un mois 1/2, mort consécutive à une fistule au niveau de la suture gastrique.

Finsterer, en 1912, présente 2 cas, l'un suivi de guérison, l'autre mort de gangrène pulmonaire.

Bier, en 1911, rapporte 4 cas et un cinquième, dans lequel la gastrectomie a été faite après échec d'une gastro-entérostomie sur la poche supérieure. Parmi ses opérés, il a obtenu 3 guérisons cliniques, malgré que la radiographie ait montré les estomacs ainsi opérés déformés. Dans un 4^e cas, la malade a continué à souffrir.

Tixier et Santy, en 1914, ont rapporté 2 cas, un suivi pendant 3 mois avec bons résultats, dans l'autre, la radio a montré un mauvais fonctionnement du pylore qui paraît béant, la baryte passant instantanément dans le grêle, ce qui expliquerait pour ces auteurs, la diarrhée tenace dont se plaignait la malade.

Tuffier et Roux-Berger, en 1913, citent l'observation d'une malade chez laquelle ils ont pratiqué une gastrec-

tomie annulaire associée à une gastro-entérostomie. La radio post-opératoire a montré la persistance de la biloculation. Ils considéraient, à cette époque, cette opération comme la méthode de choix, car, disaient-ils, elle rétablit la forme normale de l'estomac.

Delore, en 1914, publie 2 observations avec bons résultats. La radiographie faite tout de suite après l'opération, a montré l'estomac d'aspect normal.

Duval, en 1914, à propos de quelques malades opérés par lui de biloculation gastrique, se déclare partisan de la gastrectomie annulaire. Cette opération, d'après lui, mettrait les malades à l'abri des complications telles que : hématémèses, perforations et cancérisations, mais il constate la fréquence des biloculations spasmodiques post-opératoires.

Parmi les travaux plus modernes, citons le travail de Downes, en 1918. Il a pratiqué 5 résections annulaires ; tous ses opérés ont été suivis. Les résultats sont les suivants : dans 3 cas, ceux-ci furent excellents ; 1 malade continue à souffrir, 1 autre est mort. Il considère que la guérison peut être obtenue dans 60 % des cas, et évalue la mortalité à 20 %.

Pauchet, en 1919, préfère la gastro-pyloréctomie à la gastrectomie annulaire.

Notre maître, le Dr Lapointe, vers 1919, et à propos de l'observation que nous rapportons (obs. 8), considérait à cette époque, la gastrectomie annulaire, comme l'opération de choix dans les estomacs biloculaires, par la suite, ses préférences allaient à la gastro-pyloréctomie.

Auvray, en 1920, rapporte un cas de biloculation gas-

trique traité par gastrectomie annulaire. Après l'opération, l'examen radiologique a montré la persistance d'une biloculation spasmodique très nette. Celle-ci aurait montré, par ailleurs, l'existence de contractions au niveau du segment inférieur.

Au congrès de Chirurgie de 1920; Delagenière dans un exposé très documenté, rapporte de nombreux cas de biloculation gastrique opérés par gastrectomie annulaire. Il associe systématiquement à cette opération, une gastro-entérostomie sur la poche inférieure à cause du mauvais fonctionnement du pylore qu'il a constaté.

Lecène en 1920 revoit deux de ces malades opérés de gastrectomie annulaire. Les résultats après plusieurs années semblent très bons, ce qui lui fait dire que c'est l'opération de choix.

Monyhan et von Eiselberg, qui avant 1914 se déclaraient partisans de cette opération, l'ont complètement abandonnée à cause des échecs répétés, qu'ils ont observés.

Sur 4 résections annulaires faites par Monyhan, 1 fois il a dû réintervenir.

D'après Kocher, les résultats favorables seraient obtenus dans 72 % des cas.

Judd et Lion, en 1922, rapportent 70 % de bons résultats avec 7 % de mortalité et 15 % de cancérisations.

Moppert, en 1922, dit avoir obtenu 60 % d'améliorations et 35 % de mauvais résultats, dus à des récidives sur les segments inférieurs.

Les Mayo, en 1925, donnent les résultats suivants : sur 15 gastrectomies annulaires pour biloculation gas-

trique, ils ont observé 3 morts opératoires, 5 malades continuant à souffrir, dans 8 cas la guérison a été obtenue.

Ces résultats ne sont pas très favorables, si bien qu'à l'heure actuelle, ils font volontiers des gastrectomies avec sacrifice de la poche inférieure et du pylore suivant une technique personnelle.

Déjà dans une discussion publiée dans le *British Medical Journal* en 1920, et devant le résultat pas très satisfaisant de la gastrectomie annulaire, ils avaient conseillé d'associer à cette opération une gastro-entérostomie sur le segment inférieur.

Kümmer, en 1924, revoit une série de gastrectomies annulaires qui ont été suivies à distance, il dit que cette opération non complétée de gastro-entérostomie, ne donne pas de bons résultats. Tous les malades qui ont été ainsi revus, ont présenté à peu d'exceptions près, de la rétention gastrique.

Peterman, en 1925, a pratiqué 11 gastrectomies annulaires. Voici ses résultats : 1 mort, 3 guérisons, mais chez lesquelles on a constaté des sténoses post-opératoires à la radioscopie ; 2 malades ont été réopérés, 3 autres ont présenté des récurrences. Ces résultats lui paraissent nettement défavorables.

Pringle, en 1926, a pratiqué 2 fois la résection annulaire. 1 de ses malades a récidivé, ce qui lui fait dire, que c'est une mauvaise méthode, inférieure à la gastropyloréctomie.

Comolli, en 1929, rapporte 4 cas de malades ainsi opérés, avec de très bons résultats.

Puig y Sureda, en 1929, au Congrès international de Chirurgie de Varsovie, dans son rapport conclut en disant que si elle peut donner de bons résultats, la fréquence des récidives et les échecs opératoires, doit lui faire préférer, de plus en plus, la gastro-pylorectomie.

Hartmann, en 1930, sur 12 gastrectomies annulaires qu'il a pratiquées et qu'il a pu suivre de longues années, publie les résultats suivants : 8 malades ne suivent pas de régime, on peut les considérer comme guéris ; 1 continue à présenter des vomissements accompagnés de douleurs ; 3 sont obligés de suivre un régime sévère, et présentent des aigreurs.

Il considère la gastrectomie annulaire, comme le traitement de choix de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse, mais dit avec raison, que très souvent cette opération n'est pas possible à pratiquer.

Nous rapportons 4 observations de gastrectomies annulaires qui nous ont donné les résultats suivants :

3 guérisons qui ont été suivies pendant 14 ans, 6 et 5 ans respectivement.

1 malade est mort le 4^e jour :

Voici le résumé des observations :

Obs. 6. (Inédite) (P^r LEJARS).

Mme Pi..., âgée de 56 ans, entrée le 20 septembre 1923, sortie le 30 octobre 1923.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure. *Réssection annulaire. Guérison.*

La malade se plaint de douleurs tardives au niveau de l'épigastre, et qui durent depuis 5 ans. A cette époque la malade

présentait des douleurs en ceinture très vives survenant par crises.

Les aliments ne la calmaient que très rarement. En fait c'est seulement les vomissements qui soulageaient la malade, vomissements aqueux, clairs, exceptionnellement contenant des aliments. Pas d'hématémèses. Depuis cette époque, les crises douloureuses se rapprochent et deviennent plus intenses. La malade a maigri beaucoup. Il y a quelques semaines, la malade a eu une hématémèse, ce qui la décide à entrer dans le service.

L'examen montre une malade très fatiguée.

La palpation révèle une douleur à 2 travers de doigt au-dessus et un peu à droite de l'ombilic.

Radioscopie faite à 2 reprises successives, a montré une image d'estomac biloculaire nette. On trouve un résidu à jeun, dans la poche supérieure. Point douloureux au niveau de la biloculation.

Opération pratiquée le 15 octobre 1923, par M. le Pr Lejars.

Diagnostic opératoire : Biloculation gastrique organique par vieil ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *Résection annulaire.*

Compte rendu opératoire : Anesthésie générale au mélange de Billroth.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac nettement divisé à sa partie moyenne par une incision profonde. Masse indurée dans le même plan vers la petite courbure, sans que l'induration de celle-ci donne l'impression de celle du cancer.

Résection médio-gastrique de 6 cm. environ. Réunion des 2 moitiés gastriques par un surjet total et 2 surjets superficiels.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales.

La malade quitte l'hôpital le 30 octobre 1923.

—*L'examen histologique* de la pièce montre qu'il s'agit d'un vieil ulcus gastrique cicatrisé. *Sur cet ulcus un cancer épithélial s'est développé* qui s'est ulcéré à nouveau et dont la prolifération reproduit les différentes formes d'épithélium gastrique.

La malade a été revue en 1924, état général excellent, pas de troubles gastriques, a engraisé de plusieurs kilos.

La radioscopie faite le 13 juillet 1924, a montré : Un estomac petit à évacuation régulière et rapide ; pas d'encoche permanente. Il existe des contractions péristaltiques dans le segment inférieur.

Cette malade a été régulièrement suivie pendant 5 ans. La guérison semblait s'être maintenue. Elle est morte 6 ans après l'opération d'une tuberculose pulmonaire.

Obs. 7 (Inédite) (D^r BROCC, D^r CAIN, D^r OURY).

Mme Ta..., âgée de 57 ans. Entrée dans le service le 6 mars 1929, sortie le 15 juin 1929. Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastrectomie annulaire. Guérison.

Résumé de l'observation. Troubles gastriques remontant à 20 ans. Pesanteur épigastrique 2 à 3 heures après les repas. Sur ce fond permanent, crises douloureuses aiguës avec irradiations costales et dorsales, survenant sans horaire fixe.

Vomissements aqueux et glaireux abondants. Pas de vomissements alimentaires.

Pas d'hématémèses. Amaigrissement considérable, 10 kilos.

Examen : Rien de particulier.

Radioscopie le 11 mars 1929 : Estomac biloculaire. La poche se vide par un trajet filiforme dans une poche inférieure dilatée.

Le reflux se fait dans la position de Tredelenburg.

Nouvelle radio le 20 mars 1929 : Mêmes constatations.

Recherches de laboratoire : Sang, négatif.

Examen du liquide gastrique après repas d'épreuve :

Acidité totale : 379.

Acidité ferments : 14.

HCL libre : 292.

Opération pratiquée le 22 mai 1929 par M. le Professeur agrégé Brocc.

Observation 7



Gastrectomie annulaire 4 ans après la résection.

Diagnostic opératoire : Bilocation gastrique organique par ulcus ancien de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *Résection annulaire.*

Compte rendu opératoire : Anesthésie rachidienne, 40 cc. novocaïne, insuffisante. On est obligé de faire une anesthésie locale de la paroi puis de terminer par quelques bouffées d'anesthésie générale.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Bilocation assez souple. On décolle l'estomac facilement en arrière.

Calibre du rétrécissement : 2 petits doigts environ.

Poche supérieure et inférieure, de volume à peu près égal.

Ulcus induré au niveau de l'union de la portion verticale et horizontale de la petite courbure.

Gastrectomie annulaire.

3 surjets en arrière et en avant.

Fermeture de la paroi en 3 plans. On met un petit drain et une petite mèche.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 15 juin 1929.

Un mois et demi après l'intervention, la malade qui ne souffrait plus et avait repris un régime normal, a recommencé à présenter des vomissements 2 à 3 heures après les repas. Cet état persiste pendant 2 mois, malgré le repos, les lavages d'estomac et un traitement à la belladone. La malade maigrit de 20 kilos.

Radio le 9 septembre 1929. Remplissage hypotonique ; évacuation rapide dans les bas-fonds, sans rétrécissement appréciable de la partie moyenne anastomosée.

Souplesse complète du corps gastrique.

Liquide résiduel en petite quantité.

Contraction globale du bas fond.

Hyperkinésie n'aboutissant qu'à un passage filiforme très intermittent.

2 nouveaux examens radioscopiques ont semblé montrer une

gêne pylorique considérable avec stase gastrique, si bien que l'on décide une nouvelle intervention.

2^e intervention.

Compte rendu opératoire.

Operation pratiquée le 16 octobre 1929, par M. le Professeur agrégé Brocq.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On s'aperçoit que le cæcum et l'appendice avec des anses grêles sont passés sous le côlon et l'estomac et se trouvent au-dessus dans la petite courbure.

On a les plus grandes difficultés pour réduire l'intestin et le faire sortir par la brèche dans laquelle il s'est glissé. Malgré ces difficultés, on arrive à l'extraire.

On ferme la brèche méso colique par 2 étages de points au fil de lin.

L'examen de l'estomac, par la même occasion, le montre normal quoique plus petit.

Pas de vestiges de la gastrectomie annulaire.

Fermeture de la paroi en 2 plans.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service 15 jours après.

Revue en 1930, état général excellent, a repris son poids normal, mange de tout, pas de vomissements, pas de douleurs.

Examen radioscopique : A montré un estomac se remplissant bien avec une image de biloculation spasmodique peu marquée.

Revue le 25 février 1932, état général excellent, a repris son travail comme il y a 10 ans ; a grossi de 20 kilos depuis son opération. Ne suit pas de régime, mange de tout, pas de vomissements pas de douleurs. Quelques pesanteurs le soir, quand le repas a été trop copieux.

Examen radiologique : Montre un estomac se remplissant bien et se vidant rapidement. Image biloculaire marquée surtout dans la position couchée, mais qui ne gêne en rien le fonctionnement gastrique. Pas de contractions visibles dans le segment inférieur (Voir pl. IX).

Obs. 8 (D^r LAPOINTE).

Mme Jo..., âgée de 43 ans, entrée à l'hôpital le 10 juin 1919, sortie le 15 juillet 1919.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastrectomie annulaire. Guérison.

Résumée de l'observation.

Troubles gastriques datant depuis 10 ans. Actuellement douleurs au niveau de l'épigastre s'accompagnant de vomissements glaireux. Pas d'hématémèses. Amaigrissement considérable.

Examen : Rien de particulier.

Examen radiologique montre image biloculaire nette permanente portion intermédiaire filiforme séparant 2 poches nettement marquées.

Opération pratiquée le 4 juillet 1919, par M. le D^r Lapointe.

Diagnostic opératoire : Biloculation gastrique par vieil ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *Gastrectomie Annulaire.*

Compte rendu opératoire : Anesthésie générale chlorotorme.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'exploration montre un estomac en sablier des plus typique ; l'estomac est libre, parfaitement mobile. On ne trouve pas de trace d'ulcus en évolution.

Résection médio-gastrique.

Anastomose bout à bout des 2 tranches gastriques par un double surjet.

Suture de la paroi en 2 plans.

Suites opératoires excellentes.

La malade quitte le service 15 jours après l'opération.

Revue en 1920, a engraisé de plusieurs kilos, mange de tout, ne souffre pas de l'estomac. Pas de vomissements.

L'examen radioscopique a montré une biloculation spasmodique nette avec troubles du fonctionnement gastrique.

M. Lapointe a insisté sur le fait qu'il n'y avait pour ainsi dire presque pas de trace d'ulcus à l'examen direct.

L'examen histologique de la pièce a montré que celui-ci était arrivé au degré maximum de cicatrisation,

Nous avons revu cette malade en février 1932. — Son état général est excellent, elle suit un régime normal, ne présente ni douleurs gastriques ni vomissements.

Elle n'a pu se rendre à l'hôpital pour un nouvel examen radioscopique, à cause de ses occupations.

Obs. 9 (Inédite) (Dr BROcq, Dr CAIN).

Mme Ve..., âgée de 41 ans, entre le 30 août 1924 décédée le 3 octobre 1924. Estomac biloculaire par ulcus de la petite courbure.

Gastrectomie annulaire. Décès.

Résumé de l'observation.

Troubles gastriques depuis 15 ans.

Actuellement douleurs après les repas, survenant par crises avec irradiations dorsales, vomissements répétés, aqueux, soulageant ses douleurs.

Pas d'hématémèses.

Examen radiologique ; a montré une image biloculaire très nette et persistant à plusieurs examens.

Opération pratiquée le 30 septembre 1924 par M. le prof. agrégé Brocq.

Diagnostic : Biloculation gastrique organique d'origine ulcéreuse.

Compte-rendu opératoire : Anesthésie rachidienne 12 cc. novo.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

A l'exploration, on trouve 2 poches gastriques, l'inférieure plus petite que la poche supérieure.

Ligature au-dessous et au-dessus du rétrécissement intermédiaire des cercles artériels.

Libération des bords et de la face postérieure du rétrécissement.

Gastrectomie annulaire.

On enlève ainsi le canal rétréci en passant en tissu sain.

Anastomose directe des 2 poches ce qui rétablit la forme normale de l'estomac.

L'opération a été d'une grande simplicité,

Paroi en 2 plans.

Suites opératoires.

Dans les jours suivants, la malade a présenté un suintement sanguin continu, qui l'emporta.

L'opération pourtant avait été faite dans des conditions extrêmement favorables. C'était le cas idéal pour faire une gastrectomie annulaire. L'hémostase avait été faite non seulement au niveau des cercles artériels, mais directement sur chaque tranche gastrique. Or, pour expliquer cette hémorragie persistante, il est permis de penser, que ou bien le surjet n'a pas été assez serré, ou bien, ce qui est probable, elle a été provoquée par les troubles trophiques dus à la section du pédicule nerveux de l'estomac.

*
* *

De ce qui précède, il nous est permis de dire que la gastrectomie annulaire peut donner de très bons résultats. Mais la *fréquence des récidives*, la *persistance d'une biloculation spasmodique* qui, en certains cas, peut aller jusqu'à gêner le bon fonctionnement gastrique, la *possibilité de résection insuffisante* en cas d'ulcère dégénéré, tout cela pour une opération dite radicale et qui comporte une réelle gravité, fait qu'à l'heure actuelle, nous lui préférons de beaucoup, dans la majorité des cas, la gastro-pyloréctomie.

Nous allons passer en revue les avantages et les inconvénients de la gastrectomie annulaire pour tâcher de dégager les conclusions qui nous semblent le plus d'accord avec la réalité,

Avantage et inconvénients de la gastrectomie annulaire.

Ce qui a séduit les chirurgiens dans cette opération, c'est surtout le fait qu'une fois celle-ci terminée, l'estomac est reconstitué dans sa forme et son aspect normal, quoique plus petit.

Ce facteur morphologique a induit tout de suite à penser que le fonctionnement d'un estomac ainsi reconstitué devrait être parfait. C'était en somme une opération anatomique idéale.

Martin Kirchner et F. Mangold en 1914, essayèrent de trouver une base physiologique qui confirmerait ces données théoriques.

C'est ainsi que chez le chien ils ont procédé à une série d'expériences : en comparant les résultats de la gastrectomie annulaire avec suture bout à bout à ceux obtenus par d'autres procédés se rapprochant beaucoup de la gastro-pylorctomie.

Les fonctions gastriques étaient examinées par la suite grâce à une fistule duodénale qui renseignait très exactement sur l'évacuation gastrique et sur l'état du chyme.

Ils ont pu constater que la section transversale de l'estomac laisse intacte la fonction pylorique. Le segment inférieur de l'estomac qui n'est plus sous l'influence du pneumogastrique, fonctionne normalement l'évacuation de l'estomac se faisant régulièrement le pylore conservant son rythme et ses contractions ; le synchronisme persiste entre l'ouverture du pylore et la poussée péristaltique de l'antré,

Ces expériences viendraient donc justifier les espoirs fondés sur cette intervention.

Alessandri a fait aussi des expériences analogues pour étudier la vidange de l'estomac, après section ou résection méso-gastrique. Les chiens ont été soumis en outre à des injections de pilocarpine ou de morphine.

Les résultats ont été les suivants : la résection de l'estomac assure la vidange dans un temps égal à celui de l'estomac normal, et dans un temps plus court qu'après gastro-entérostomie.

Il est moins exposé aux spasmes pyloriques et à ses conséquences : hyperchlorhydrie et douleurs.

Borchers (de Tübingen) après section transversale de l'estomac n'a pas constaté de béance du pylore (chez les chats).

Cette intégrité fonctionnelle du pylore et du segment inférieure s'expliquerait d'après Gley, par le fait que les centres du réflexe pylorique se trouveraient dans le plexus d'Auerbach ; il s'agit par conséquent d'un réflexe périphérique.

Quoi qu'il en soit, ces expériences ayant été faites chez des animaux et sur des organes sains, sont sujettes à caution, et d'autre part l'expérience n'a pas permis de le confirmer chez l'homme.

En effet, si dans une proportion qu'il est difficile d'apprécier, il en est ainsi, nombreux sont les cas, comme nous le verrons, où l'on assiste à une série de troubles mal expliqués, mais dus incontestablement au mauvais fonctionnement du segment inférieur et du sphincter pylorique,

Tantôt on assiste à des phénomènes de stase, le segment inférieur semble atone, dilaté, inerte, ne se contractant plus, tantôt il y a un spasme pylorique surajouté, qui aggrave cette stase.

Dans d'autres cas, au contraire, le pylore est béant, comme dans l'observation de Delore que nous avons déjà citée.

Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille donner à ces faits, une seule chose doit intéresser le chirurgien et c'est l'existence indiscutable de ces troubles.

C'est à cause de leur fréquence que Delagendière, en 1920, conseillait déjà à cette époque de faire systématiquement une gastro-entérostomie sur le segment inférieur associée à la gastrectomie annulaire si l'on voulait obtenir des résultats corrects.

Les Mayo, en 1920, étaient aussi du même avis.

Kümer, en 1924, dit que la résection annulaire, non complétée de gastro-entérostomie sur le segment inférieur sera toujours suivie, à peu d'exceptions près, de rétention gastrique.

Bastrina, en 1929, au Congrès international de Chirurgie, dit le désaccord profond qui existe dans l'interprétation du fonctionnement du segment inférieur et du pylore. Il n'attache pas d'ailleurs une très grande importance à ces discussions, car, dit-il, il y a longtemps qu'il ne pratique que des gastro-pylorectomies, dans le traitement de la biloculation gastrique.

L'examen radioscopique des malades opérés de gastrectomie annulaire, a confirmé l'existence de ces troubles, de la poche inférieure et de la zone pylorique,

Parfois, on a pu observer au niveau de celle-ci, des contractions. Auvray cite, en 1920, une observation dans laquelle celles-ci étaient nettement visibles. Dans notre observation n° 6 nous avons pu nous-même le constater. Mais, à côté de ces cas, il est certain, que sous l'influence de facteurs qui nous échappent, et qui sont de l'avis de nombreux auteurs, très fréquents, le fonctionnement est tout à fait défectueux nécessitant parfois des opérations complémentaires.

Nous n'insisterons pas sur la persistance d'une biloculation gastrique spasmodique. Celle-ci est constante, mais il est rare qu'elle soit assez marquée pour gêner l'évacuation gastrique. Toutefois des auteurs ont signalé la possibilité de sténoses très serrées post-opératoires pouvant donner lieu à des accidents analogues à ceux donnés par la biloculation primitive, nous reviendrons sur ce point.

Ces constatations universellement contrôlées font perdre à la gastrectomie annulaire, un de ses plus grands avantages.

Ceux qui conseillent la gastrectomie annulaire, insistent sur le fait que sa gravité est moindre que celle de la gastro-pylorectomie.

Il est certain qu'une gastrectomie annulaire faite pour des lésions nettement cicatricielles, avec un estomac mobile, comme dans notre observation n° 8 sera certainement moins longue et moins choquante qu'une gastro-pylorectomie. On n'a pas de bout duodénal à fermer et par conséquent on n'aura pas à craindre la débiscence de celui-ci ; mais nous avons déjà vu que pour peu que

les lésions soient adhérentes, la gravité est égale, sinon supérieure, à celle de la gastro-pylorectomie.

Quant aux résultats éloignés, il est indiscutable que ceux-ci peuvent être très bons dans une proportion qu'il est très difficile d'estimer, la statistique des différents chirurgiens donnant des différences considérables.

A côté de ces avantages plus théoriques que réels, la gastrectomie annulaire, offre, par contre, de nombreux inconvénients.

Sans vouloir revenir sur les troubles du sphincter pylorique et du segment inférieur, nous voudrions insister sur le sérieux danger qu'il y a à laisser en place toute la zone antrale qui, de l'avis général, est le siège habituel des ulcères.

Cette zone présente d'ailleurs, des lésions de gastrite chronique constante, dont les effets nocifs peuvent expliquer en grande partie les troubles digestifs, dont souffrent souvent les malades ainsi opérés. L'acidité gastrique n'est pas diminuée ou l'est très faiblement.

Ceci dit, nous allons exposer les accidents que l'on observe le plus fréquemment après gastrectomie annulaire.

Les troubles digestifs se traduisant par des douleurs après les repas sont signalés dans beaucoup de cas. Ils peuvent traduire soit un mauvais fonctionnement pylorique, soit un réveil du processus ulcéreux dû à une résection insuffisante.

Dans certains cas, on peut voir des accidents plus graves, tels qu'hématémèses, comme dans l'observation de Vallas,

La reproduction de la sténose médio-gastrique ne se limite pas toujours à une simple ébauche. En effet celle-ci a pu donner lieu à des accidents plus graves ; nous rapportons les 2 observations suivantes que Lapeyre a publiées à la Société des Chirurgiens de Paris en 1919 et qui prouvent l'existence de ces accidents :

Obs. 1. — Résumé de l'observation.

Femme de 43 ans. Estomac biloculaire. Malade très fatiguée. Opérée le 5 septembre 1919.

Opération large, facile, les surfaces de section étant sensiblement égales.

Gastrectomie annulaire.

Suites immédiates excellentes, supérieures à celles des gastro-entérostomies.

Au bout de 20 jours, la malade quitte l'hôpital.

Radio 6 semaines après l'opération montre une sténose modérée, comme on l'observe toujours après ces opérations.

Le 30 mars 1920, donc 6 mois après l'opération, la malade vient mourant d'inanition, avec signes typiques de sténose complète.

Sur le champ on fait une gastro-entérostomie sur la poche supérieure.

A l'intervention, on a retrouvé *un estomac nettement biloculaire*. Malgré la rapidité de l'opération, la malade est morte le 3^e jour.

Obs. 2. — Elle diffère de la 1^{re} par l'apparition plus tardive de la sténose méso-gastrique post-opératoire. Après réintervention gastro-entérostomie sur le segment supérieur, la guérison fut obtenue.

Il conclut en disant que ces sténoses post-opératoires vraies, existent. Leur fréquence est très difficile à préci-

ser. Quant à la cause, il croit qu'il s'agit en général, d'ulcères calleux infiltrant au loin la paroi et continuant à donner des récidives.

Dans les 2 pièces ainsi réséquées il s'agissait d'un ulcus calleux très ancien, annulaire, et présentant une large infiltration gastrique.

Un autre inconvénient sur lequel on insiste avec raison à l'heure actuelle, c'est que la résection peut être insuffisante s'il s'agit d'un ulcus dégénéré, dans quel cas, on pourra assister à une récurrence certaine à plus ou moins longue échéance.

Tous ces accidents dont personne ne discute ni la fréquence ni la gravité, ne sont pas très favorables à une opération qui, il y a quelques années, était considérée comme radicale.

Ces échecs de la gastrectomie annulaire, sont diversement appréciés.

- Von Eiselsberg dit avoir 14 % de récidives.
- Friedmann, 32 %.
- Clairmont, 33 %.
- Balfour, 10 %.

Ces chiffres ont été rapportés par Puig y Surreda au Congrès international de Chirurgie en 1929.

Tout ceci explique pourquoi ces chirurgiens et d'autres qui ont une grande habitude de la chirurgie gastrique : qu'il nous suffise de citer parmi eux, Cunéo, Monyhan, de Martel, Pauchet, etc..., après l'avoir pratiquée pendant plusieurs années, l'ont complètement abandonnée à l'heure actuelle, lui préférant la gastro-pyloréctomie.

V. — La gastro-pyloréctomie

Généralités.

C'est à cause des insuccès trop fréquents de la gastrectomie annulaire, que les chirurgiens à partir de 1907 à 1914, se décidèrent à effectuer des interventions plus larges qui sacrifient non seulement le rétrécissement, mais la poche inférieure et le pylore.

Les premières observations de malades ainsi traités, et suivies de guérison, ont été rapportées par Budinger, 1901 ; Brenner, 1906 ; Gouilloud, 1907.

La principale objection qui a été faite à cette opération est sa gravité.

Or, comme nous le verrons, celle-ci n'est qu'une apparence. En effet, les indications de la gastro-pyloréctomie étant plus étendues que celles de n'importe quelle opération, il en résulte qu'elle est souvent employée dans les cas les plus graves de biloculation gastrique par ulcère. Rien de plus normal que, dans ces conditions, la mortalité soit un peu plus élevée.

Technique et indications.

Nous n'avons pas la prétention de vouloir décrire, ici, la technique d'une opération dont les principes ont été admirablement réglés dans des nombreux traités classiques, nous voulons seulement signaler rapidement les points techniques les plus importants de la gastro-pyloréctomie appliquée au traitement de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

L'opération doit avoir pour but d'enlever en même

temps que le rétrécissement la poche inférieure et le sphincter pylorique dont le fonctionnement, nous l'avons déjà vu, est des plus défectueux au cours de la gastrectomie annulaire.

INCISION :

En général, la laparotomie médiane sus-ombilicale suffit. Mais il sera souvent plus commode de brancher sur celle-ci une incision transversale gauche ou bien mieux, une incision oblique partant de la 8^e ou 9^e côte gauche et descendant jusqu'à la hauteur de l'ombilic après section du grand droit, comme le recommande Lecène, car les difficultés opératoires sont extrêmement considérables surtout quand on se trouve en présence d'un rétrécissement haut situé avec une poche supérieure de volume réduit.

Gouilloud préférerait pratiquer une gastro-entérostomie sur la poche supérieure avant la résection proprement dite. Cette méthode aurait pour lui les avantages suivants :

a) L'anastomose est mieux placée, car après section de l'estomac, la poche supérieure remonte, et il est souvent très difficile de se rendre compte du siège exact de celle-ci ;

b) Cette anastomose est faite avant le temps septique de l'opération.

La plupart des chirurgiens préfèrent pratiquer d'abord la résection, puis l'anastomose, cette façon d'agir semble la plus logique.

Avant de passer au temps de l'exérèse, il faudra faire un examen minutieux du rétrécissement et de ses rap-

ports de voisinage. Les adhérences seront ainsi bien mise en évidence, leur intensité étant en général *un facteur pronostic*.

La section de l'estomac doit se faire : l'inférieure au ras du duodénum.

Après relèvement de l'estomac vers la gauche et libération des adhérences, on fera la section supérieure au-dessus du rétrécissement, ce mouvement de bascule de l'estomac permet de libérer plus facilement que dans la gastrectomie annulaire, les adhérences postérieures.

Si la poche supérieure est très volumineuse, il est préférable de réséquer une bonne partie de celle-ci.

La reconstitution de la continuité du tube digestif peut se faire de 3 manières :

Soit *par gastro-duodénostomie*. Elle serait l'opération idéale, mais en pratique elle est exceptionnellement réalisable. En général, on a le choix entre une anastomose à la *Polya* ou bien en *Billroth 2^e manière*, ces 2 méthodes étant également bonnes. Nos préférences vont à l'anastomose à la *Polya* modifiée par Finsterer.

Les indications de cette opération sont extrêmement nombreuses ; tous les cas de biloculation gastrique même les plus mauvais peuvent être traités par cette méthode, ses indications ne sont limitées que par l'âge et par un état général très déficient, qui sans être une contre-indication absolue commande une certaine prudence ; dans ces cas les opérations en deux temps doivent être préférées.

La gastro-pyloréctomie sera particulièrement indiquée chaque fois que l'examen direct des lésions a montré

celles-ci nettement évolutives, telles que les sténoses provoquées par des gros ulcères calleux, souvent hémorragiques et s'accompagnant d'adénopathies inflammatoires.

L'indication est formelle chaque fois que l'on trouvera associée à la sténose médio-gastrique une sténose pylorique, ou bien que l'on constate la présence d'ulcères multiples.

Une acidité trop élevée, de même que le volume trop réduit de la poche pylorique semblent être d'après l'opinion de la plupart des chirurgiens des indications favorables à la gastro-pyloréctomie.

Les contre-indications de cette opération sont avant tout dictées par l'âge des malades ; il est certain que si celui-ci est trop avancé mieux vaut faire une opération palliative qui peut apporter une amélioration considérable de l'état général de la malade.

Nous ne reviendrons pas sur les problèmes qui posent un état de dénutrition extrême, ils peuvent dans certains cas être une contre-indication temporaire ou définitive à toute résection.

Les adhérences trop étendues ne constituent que rarement une contre-indication à la gastro-pyloréctomie, à l'exception des adhérences hépatiques qui par certains chirurgiens rendraient cette intervention très meurtrière, si bien qu'ils préfèrent s'abstenir dans ces cas.

Statistique générale et résultats de la gastro-pyloréctomie.

C'est en 1901, que Budinger rapporte la 1^{re} opération de gastro-pyloréctomie pour biloculation gastrique,

suivie de guérison. Le malade revu tardivement est complètement guéri.

Brenner, en 1906, présente une observation analogue.

Le malade a conservé une fistule gastrique qui obligea à réintervenir. L'estomac était souple, d'aspect normal. La guérison s'en suivit.

Gouilloud, en 1907, rapporte en France la première observation de gastro-pyloréctomie suivie de guérison. La malade a été revue quelques années après; elle présentait un résultat parfait.

De 1910 à 1914, Küttner, Finsterer, Moskovicktz, Borelius Caspersohn, présentent, chacun, une observation dans laquelle la guérison a été obtenue.

Bier, en 1911-1912, a rapporté 5 cas parmi lesquels il a eu 4 guérisons, et 1 mort. Ces 4 malades ont été suivis et les résultats éloignés ont été tout à fait satisfaisants.

Delore en 1914, rapporte 4 cas, avec 2 guérisons et 2 morts, provoquées l'une par une fistule gastrique consécutive à la traction sur l'anse par le petit estomac rétracté; l'autre est mort de broncho-pneumonie.

Toutes ces observations ont été réunies et publiées *in extenso*, dans la thèse de Santy, 1915.

Parmi les travaux plus modernes, nombreux sont les chirurgiens qui considèrent cette méthode comme l'opération de choix dans le traitement des biloculations gastriques d'origine ulcéreuse.

Walton, en 1919, considère cette méthode comme excellente mais l'accuse d'une grosse mortalité.

Dawnes, 1918, la croit surtout indiquée dans les cas

où la poche inférieure est petite ou bien s'il y a une sténose pylorique associée.

Lapayre en 1920, devant les échec que la gastrectomie annulaire lui a donné, préfère la gastro-pyloréctomie.

Tel était l'avis en 1920 de Témoin.

Abadie vers la même époque disait qu'il fallait toujours, quel que soit le siège de l'ulcère, pratiquer l'ablation du pylore.

Duval, en 1920, défend la gastrectomie annulaire. Il croit qu'il ne faut pas faire de gastro-pyloréctomie car on enlève trop d'estomac.

Il reconnaît que cette opération doit être pratiquée dans une seule condition, c'est quand les malades présentent une hyperchlorhydrie très intense.

Gamberini, 1922, pratique volontiers cette opération, il la conseille chaque fois que la poche inférieure est petite. Il cite une observation avec résultats éloignés parfaits.

Kümmer, 1924, croit la gastro-pyloréctomie nettement supérieure à la gastrectomie annulaire.

Mayo, 1925, dans la statistique de la clinique à Rochester, relève 7 gastrectomies, 3 Polya, 2 Billroth 2 opérations en 2 temps. La guérison a été obtenue dans 5 cas; 2 malades sont morts à la suite de l'intervention.

Il considère cette méthode comme excellente.

Cunéo, 1925, cité par Oberthur, dit préférer la gastro-pyloréctomie à la gastrectomie annulaire, qu'il a complètement abandonnée, malgré qu'il ait obtenu de bons résultats dans 2 cas ainsi traités.

Tel est aussi en 1926, l'avis de Monyhan.

Pringle, en 1926, fait la critique de toutes les méthodes qu'il a pratiquées pour biloculation gastrique. Il arrive à la conclusion que la gastro-pyloréctomie suivie d'une anastomose à la Polya, est l'opération de choix. Il a ainsi suivi un opéré sur lequel la clinique et les signes radiologiques ont montré un résultat parfait.

Pauchet 1926, dit avoir opéré 24 biloculations; 18 fois il a pratiqué des gastro-pyloréctomies avec résultats parfaits.

Gouilloud, en 1928, publie dans le *Journal de Chirurgie de Lyon*, une longue étude accompagnée de nombreuses observations de gastro-pyloréctomies qu'il a opérées.

Le résultat de ces opérations à distance sont tout à fait excellents. Cet auteur a été, en France, le grand défenseur de la gastro-pyloréctomie dans le traitement de la biloculation gastrique. Dans la thèse de l'un de ses élèves, Gire (*Thèse de Lyon*, 1922), il précisait la technique, et concluait avec l'appui de nombreuses observations, à la supériorité de cette intervention, Gouilloud a pu suivre 4 malades pendant 15 ans, 8 ans, 6 ans et 2 ans. Les résultats excellents se sont toujours maintenus.

Rossi, Scaloni au Congrès International de Chirurgie de Varsovie en 1929, rapportent une statistique extrêmement détaillée, portant sur 14 cas opérés de gastro-pyloréctomie. Tous les malades ont été suivis pendant plusieurs années.

Un contrôle radioscopique a été pratiqué.

Voici les résultats : 14 opérés dont 6 Polya, 7 Billroth, 2^e manière 1 en 2 temps. Les malades, revus 6 ans après, présentent un état général excellent, aucun trouble gastrique, régime normal.

Ils se déclarent partisans convaincus de la gastropyloréctomie.

Tel était d'ailleurs l'avis qu'au même Congrès ont émis Bastrina et Puig y Sureda.

Hartmann, en 1930, dit avoir pratiqué 4 gastro-pyloréctomies pour biloculation gastrique, 3 Polya et 1 Billroth 2^e manière.

Quoique les résultats obtenus aient été excellents et se soient maintenus pendant 4 ans, il préfère, chaque fois que cela est possible, pour des raisons que nous avons déjà dit, la gastrectomie annulaire.

Nous rapportons 5 observations de biloculation gastrique d'origine ulcéreuse, traitées par gastro-pyloréctomie.

3 malades sont complètement guéris. Nous avons pu les suivre pendant 7 ans, 7 ans et 4 ans.

1 est morte 9 mois après l'opération, d'un abcès gangreneux du poumon. 1 autre est décédée des suites de l'intervention.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. 10 (*Inédite*) (Dr BROCO, Dr CAIN).

Mme Pir..., âgée de 55 ans, entrée le 11 septembre 1925, sortie le 13 octobre 1925,

Bilocation gastrique par ulcus ancien de la petite courbure.
Gastro-pylorectomie. Guérison.

Résumé de l'observation.

Il s'agit d'une campagnarde vigoureuse qui souffre depuis plusieurs années de l'estomac. Actuellement elle se plaint de douleurs après les repas, survenant par crises et accompagnées de vomissements aqueux. Pas d'hématémèses.

Examen général : rien de spécial.

Radioscopie : montre une bilocation gastrique nette avec niche d'ulcus de la petite courbure.

Diagnostic clinique : bilocation gastrique par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention : *gastro-pylorectomie*.

Opération pratiquée le 18 septembre 1925, par M. le Professeur agrégé Brocq.

Compte-rendu opératoire :

Anesthésie rachidienne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'exploration montre un gros ulcère calleux de la petite courbure s'accompagnant de sténose médio-gastrique.

Gastro-pylorectomie.

Enfouissement de la tranche duodénale ; rétablissement de la continuité par un Polya Finsterer. Paroi en 4 plan.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service le 13 octobre 1925.

L'examen radiologique fait peu de temps après l'opération a montré un fonctionnement normal de la partie restante de l'estomac.

La malade qui habite à 400 km. de Paris nous a donné de ses nouvelles à la date du 20 mars 1932.

Etat général excellent. Fournit un travail très dur malgré ses 61 ans. Appétit conservé. Mange de tout, jamais elle n'a accusé ni douleurs ni vomissements. A engraisé depuis l'opération de plus de 10 kg.

En résumé résultat parfait qui se maintient 7 ans après l'opération,

Obs. 11 (*Inédite*) (D^r BROCC, D^r CAIN).

Mme Mai...âgée de 53 ans, entrée le 10 septembre 1925, sortie le 30 septembre 1925.

Bilocation gastrique par ulcus ancien de la petite courbure.

Gastro-pylorctomie. Guérison.

Résumé de l'observation.

Malade souffrant depuis longtemps de l'estomac. A été hospitalisée en 1923, pour douleurs précoces survenant après les repas.

Quelques vomissements glaireux et acides, le tout s'accompagnant d'un amaigrissement considérable.

Sous l'effet d'un traitement médical énergique, d'un régime sévère, la malade a été soulagée pendant un certain temps.

Depuis un an, reprise et aggravation des douleurs qui deviennent plus fréquentes et plus intenses, s'accompagnant de vomissements répétés. Ces accidents amènent la malade à consulter.

L'interrogatoire montre une symptomatologie très nette d'ulcus gastrique : douleurs tardives survenant 1 heure après les repas, vomissements glaireux, mais surtout alimentaires. On peut ainsi constater des aliments ingérés le jour précédent. En somme c'est un tableau clinique d'un ulcus pylorique avec sténose.

La radiographie faite le 10 septembre 1925 a montré qu'il ne s'agissait pas d'une sténose pylorique, mais au contraire d'une sténose-médio-gastrique.

On voit nettement se dessiner 2 poches gastriques séparées par un trajet filiforme et tortueux. Il ne semble pas y avoir d'obstacles pyloriques. (Voir pl. n° X).

Opération pratiquée, le 14 septembre 1925, par M. le Professeur agrégé Brocc.

Diagnostic opératoire : bilocation gastrique par ulcus ancien de la petite courbure.

Gastro-pylorctomie.

Observation 11



Bilocation gastrique avant l'opération.

Observation 11



Cliché pris 7 ans après gastro-pylorectomie
(BILLROTH : *deuxième manière*)

Compte-rendu opératoire : anesthésie rachidienne ; 12 cc. novocaïne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Biloculation gastrique pour grosse masse indurée extrêmement mobile avec ganglions gros et pas très durs.

La poche supérieure n'est pas très grande. Il paraît plus simple de faire une gastro-pyloréctomie qu'une gastrectomie annulaire. Après résection de la poche inférieure et du pylore, on ferme la poche supérieure et on termine par un Billroth 2.

Fixation de la brèche méso-colique. Paroi en 1 plan.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service 15 jours après.

Revue le 20 mars 1932, donc 7 ans après l'opération.

Etat général excellent. A engraisé de 20 kilos. Appétit excellent. Mange de tout. Ne souffre jamais de l'estomac. N'a jamais présenté aucun vomissement.

La malade dit ne plus se souvenir de son opération.

L'examen radiographique fait le 30 mars 1932, a montré un estomac se remplissant bien et s'évacuant rapidement. Mobilité parfaite. Pas de points douloureux à la palpation (Voir pl. n° XI).

Obs. 12 (Inédite) (D^r BROCCQ, D^r CAIN).

Mr. Mor..., âgée de 45 ans, entrée le 15 mai 1928, sortie le 30 juin 1928.

Biloculation gastrique consécutive à un double ulcus gastrique.

Gastro-pyloréctomie. Guérison.

Résumé de l'observation :

La malade souffre depuis plus de 12 ans de l'estomac.

Douleurs très violentes survenant 3 à 4 heures après les repas et accompagnées de vomissements glaireux, acides. Ces troubles se sont aggravés dernièrement.

Le malade dit avoir des hématemèses répétées, ce qui l'a décidé à entrer dans le service.

Examen montre un homme résistant quoique ayant beaucoup maigri.

Examen radioscopique a montré une image biloculaire peu nette de l'estomac, mais surtout des signes radiologiques qui font penser qu'il y a un double ulcus, un sur la petite courbure, un autre sur la face antérieure de l'estomac.

Le traitement médical ne soulageant pas le malade, on décide l'intervention.

Opération pratiquée le 20 juin 1928, par M. le Professeur agrégé Brocq.

Diagnostic clinique : biloculation gastrique consécutive à un double ulcus.

Nature de l'intervention : *gastro-pylorectomie*.

Compte-rendu opératoire : anesthésie générale au balsoforme.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Péri-gastrite intense. La libération de l'estomac est extrêmement laborieuse.

Estomac largement adhérent en arrière au pancréas. Gros ulcère antérieur. Biloculation au niveau de la petite courbure.

Gastrectomie sub-totale en commençant par le duodénum.

La libération de l'adhérence pancréatique est assez simple dans ces conditions.

On termine par une anastomose gastro-duodénale trans-mésocolique suivant le procédé de Polya Finsterer.

2 surjets sur le duodénum, 3 surjets sur l'anastomose au fil de lin.

Paroi en 3 plans sans drainage.

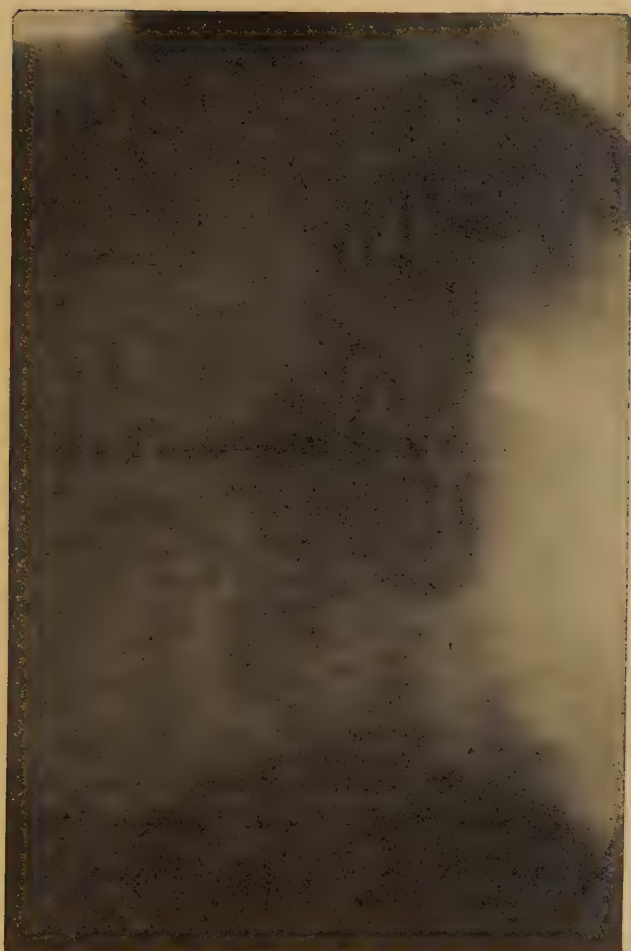
Examen de la pièce opératoire : à l'ouverture de celle-ci, on trouve 2 ulcus, 1 sur la partie antérieure, l'autre sur la petite courbure. Large infiltration scléreuse ayant rétracté les parois gastriques à leur niveau.

Suites opératoires normales.

Le malade quitte le service le 30 juin 1928.

Revu le 21 novembre 1928, très bon état général. A engraisé de 9 kilos.

Observation 12



Gastro-pylorectomy.
Cliché pris 7 ans après l'opération (POLYA-FINSTERER).

Revu le 18 juillet 1929, bon état général ; s'alimente normalement ; pas de douleurs, pas de vomissements.

Revu le 20 mai 1930, état général excellent, a engraisé de 20 kilos ; régime alimentaire normal.

Nous l'avons revu dernièrement, *le 25 février 1932*.

Le malade dit se porter admirablement. Il mange de tout et ne souffre jamais de son estomac. A aucun moment, il n'a présenté de vomissements.

Le malade nous avoue que sa profession, (marchand de vins), l'oblige à boire de nombreux apéritifs tous les jours, sans que cela le gêne en quoi que ce soit.

L'examen radiologique fait dans le service *le 5 mars 1932*, nous a donné les résultats suivants :

L'estomac se remplit bien ; son évacuation n'est pas très très rapide. Au bout d'un certain temps, on voit la baryte dans le grêle.

La palpation au niveau de l'anastomose montre celle-ci mobile et non douloureuse (Voir pl. n° XII).

En somme guérison parfaite et maintenue depuis 4 ans.

Obs. 13. (*Inédite*) Dr BROcq et Dr CAIN).

Mme Ar..., entrée dans le service le 5 janvier 1927, sortie le 14 février 1927, décédée le 7 novembre 1927.

Biloculation gastrique et sténose pylorique.

Gastro-pylorectomie.

Décédée 9 mois après l'opération d'un abcès gangreneux du poudon.

Résumé de l'observation : vieille histoire gastrique, actuellement douleurs gastriques après les repas accompagnées de vomissements alimentaires abondants.

Gros amaigrissement.

L'examen radiologique a montré une double sténose médio-gastrique et pylorique.

Opération le 22 janvier 1927 par M. le professeur agrégé Brocq.

Compte rendu opératoire :

Anesthésie rachidienne 12 cc. Novocaïne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On trouve 2 rétrécissements cicatriciels par ulcère, l'un médio-gastrique, l'autre pylorique.

Hémigastrectomie.

Fermeture du duodénum en 3 plans.

Fermeture partielle de la brèche gastrique par un surjet total et terminaison par un Polya typique. Paroi en 1 plan au crin double.

Cette malade a eu des suites opératoires normales et est sortie de l'hôpital le 14 février 1927.

Elle est entrée à nouveau vers le mois de novembre de la même année pour une affection pulmonaire aiguë, qui l'a emportée.

L'autopsie faite le 8 novembre 1927 a montré qu'il s'agissait d'un *abcès gangreneux* de la base du poumon au voisinage de la corticalité.

L'exploration de l'étage sous-diaphragmatique n'a montré rien d'anormal au niveau de l'anastomose.

Obs. 14. (Inédite) (Dr BROcq, Dr CAIN).

Mme Bar.,. âgée de 58 ans, entrée le 16 septembre 1925, opérée le 23 septembre 1925.

Biloculation gastrique consécutive à un ulcère calleux de la petite courbure.

Gastro-pylorectomie, Décédée.

Résumé de l'opération :

Malade souffre de l'estomac depuis plusieurs années. Actuellement douleurs continues mais s'exagérant surtout après les repas. Vomissements répétés, aqueux et alimentaires. A présenté il y a quelques années des hématomèses.

Radioscopie en septembre 1923, montre 6 heures après le repas opaque, la moitié de la baryte reste dans le bas-fond gastrique. Niche d'Haudek. L'ingestion nouvelle de baryte montre un

aspect biloculaire typique consécutif à un ulcus de la petite courbure. Evacuation pylorique normale.

Opération par M. le professeur agrégé Brocq le 23 septembre 1925.

Anesthésie rachidienne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Biloculation gastrique par gros ulcus calleux, *très adhérent en arrière et peut-être dégénéré.*

On trouve de gros ganglions tout le long de la petite courbure. Section au-dessous du pylore.

Enfouissement par 2 plans de la tranche duodénale ainsi sectionnée.

Libération postérieure de l'estomac très pénible.

L'ulcère présente, au niveau du pancréas, une perforation obturée par l'adhérence pancréatique.

Section haute de la coronaire stomachique.

On récline à la compresse tous les ganglions vers la tumeur.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique sur la poche supérieure.

Section de l'estomac au-dessus de l'ulcère calleux.

Somme toute, gastro-pylorectomie large avec gastro-entérostomie postérieure avant la section gastrique. Paroi en 2 plans.

La malade a fait dans la semaine qui a suivi l'opération des complications broncho-pulmonaires qui l'ont emportée.

Analyse des résultats opératoires, avantages et inconvénients de la gastro-pylorectomie.

Une notion domine le bref exposé que nous venons de faire, et c'est que, de l'avis de tous les chirurgiens, même de ceux qui préfèrent la gastrectomie annulaire, les résultats éloignés de la gastro-pylorectomie sont dans l'immense majorité des cas tout à fait excellents.

Ceux qui ont pu suivre pendant de longues années

ces opérés, ainsi que nous l'avons fait nous-même, ont pu constater qu'à de très rares exceptions près ces malades peuvent être considérés comme cliniquement guéris.

Cette guérison clinique est tout à fait frappante. Elle se manifeste par une reprise de l'état général. Les malades ne souffrent absolument plus de l'estomac. Les vomissements ont complètement disparu. L'alimentation est normale si bien que les malades ainsi traités ont pu souvent (comme nous l'avons vu nous-même), reprendre leur métier habituel comme s'ils n'avaient pas été opérés.

Ces résultats sont de longue durée, puisque des malades ont pu être suivis pendant plus de 10 ans, sans qu'on ait observé de récurrence.

Les avantages indéniables de la gastro-pylorectomie quant aux résultats éloignés peuvent s'expliquer par le fait que cette opération assure une évacuation très bonne du segment d'estomac conservé. L'obstacle pylorique n'existe plus, de même que la poche inférieure. Cette poche étant le siège habituel des ulcères, son ablation supprime en même temps la gastrite chronique dont elle est atteinte et fait tomber du même coup l'acidité gastrique, si bien que les récurrences ne sont plus à craindre. Ceci est en partie confirmé par le fait que des malades ayant subi soit des anastomoses, soit des gastrectomies annulaires, et qui continuent à souffrir, ne peuvent être guéris qu'après résection large de tout le segment inférieur et du pylore.

Nous n'avons pas trouvé malgré les nombreux travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, des observations

dans lesquelles on ait observé des récidives après gastropyloréctomie.

Le gros reproche que l'on fait à la gastropyloréctomie c'est sa gravité opératoire.

Or d'après la statistique de la plupart des chirurgiens, celle-ci ne semble pas plus élevée que celle de la gastrectomie annulaire.

Mais ces faits ne prouvent rien, car comme nous l'avons déjà dit, les cas dans lesquels on pratique la gastropyloréctomie sont ceux où les difficultés opératoires sont beaucoup plus considérables, et ne permettent pas de pratiquer une gastrectomie annulaire. C'est dire combien le raisonnement basé uniquement sur les chiffres peut induire en erreur.

Que la gastropyloréctomie comporte une gravité réelle, personne ne le conteste, mais il faut bien dire que c'est du fait qu'elle a agrandi considérablement le champ des possibilités opératoires.

Il ne nous semble pas qu'en des circonstances analogues, cette mortalité soit supérieure à celle de la gastrectomie annulaire.

Les complications pulmonaires qui sont l'une des causes de mortalité les plus fréquentes, se voient aussi bien au cours des 2 opérations.

Le problème est d'ailleurs souvent mal posé., et si discussion il y a, nous croyons qu'elle doit porter surtout sur un autre terrain physiologique, clinique, radiologique.

Notre statistique comprend des cas déjà anciens, or il faut bien le dire à l'heure actuelle, cette mortalité

opératoire de la gastropyloréctomie diminue de jour en jour grâce aux progrès de la technique chirurgicale gastrique et des soins pré et post-opératoires dont on entoure ces malades. Mais là aussi le facteur personnel continuera à avoir un rôle de première importance.

Il est d'ailleurs permis d'espérer que grâce à une étude plus attentive des malades présentant des signes d'ulcère, ceux-ci seront envoyés plus précocement dans les services chirurgicaux à un moment où la biloculation gastrique n'a pas entraîné une cachexie trop accentuée ce qui permettra sans aucun doute d'avoir de meilleurs résultats.

*
* *

En résumé dans toutes les biloculations gastriques d'origine ulcéreuse le chirurgien doit considérer deux grands facteurs : l'un est conditionné par le terrain, l'autre par l'aspect anatomique des lésions, ces deux facteurs vont s'associer de diverses façons chez un même malade et on comprend que la conduite opératoire ne peut être fixée avant de les avoir étudiés attentivement.

Quoique il en soit il nous semble illogique de vouloir opposer les unes aux autres les opérations palliatives aux opérations radicales, chacune ayant ses indications respectives que nous avons essayé de discuter au cours de ce travail. Par contre cette opposition est à maintenir parmi les opérations radicales, c'est-à-dire gastrectomie annulaire et gastro-pyloréctomie, opposition qui ne fait que faire ressortir les avantages indéniables de cette dernière opération.

Nous voyons ainsi que la gastro-pylorectomie est toujours possible à pratiquer lorsque l'état général le permet, elle a donc les plus larges indications, tandis que la gastrectomie annulaire n'est techniquement réalisable que dans les formes limitées, donc la gastro-pylorectomie présente déjà un premier avantage par l'étendue de ses possibilités.

Sur le terrain des résultats éloignés cet avantage est encore en sa faveur, l'opinion de la plupart des chirurgiens se fait de plus en plus formelle pour dire que la gastro-pylorectomie est l'opération qui donne les plus de guérisons parfaites à longue échéance, tandis que les malades opérés de gastrectomie annulaire sont exposés à des troubles fréquents, voire même à des récidives confirmées qui peuvent obliger à réintervenir ; tous ces arguments unis à ceux que nous avons déjà exposés au cours de notre travail nous font croire que la *gastro-pylorectomie constitue la méthode de choix dans la cure de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreux*.

CONCLUSIONS

1) Les rétrécissements qui provoquent les biloculations gastriques sont consécutifs, dans l'immense majorité des cas, à des ulcères de la petite courbure. Cette affection s'observe presque toujours chez la femme (10 femmes pour 1 homme).

2) Les sténoses médio-gastriques ne sont que rarement des lésions purement cicatricielles, en général le processus évolutif n'est pas complètement éteint, ce qui explique que les opérations palliatives telles que les anastomoses sont souvent vouées à un échec certain.

3) Les opérations que l'on peut pratiquer dans la cure de l'estomac biloculaire peuvent être soit *palliatives* (anastomoses) soit *radicales* (résections).

4) La supériorité des résultats éloignés des *résections* n'est plus à démontrer aujourd'hui, ce sont ces opérations qui seront pratiquées chaque fois que l'état général du malade le permet.

5) Les opérations *palliatives* ne sont que des opérations *de nécessité* à indications très limitées. Parmi les causes qui peuvent obliger le chirurgien à pratiquer celles-ci, l'âge de la malade est la plus importante, ainsi que tous les états de dénutrition extrême accompagnés des lésions gastriques d'aspect cicatriciel et nettement limitées.

6) La *gastro-entérostomie simple* sur la poche supérieure et la *gastro-gastrostomie* sont les seules opérations palliatives que l'on doit pratiquer à l'heure actuelle. La *gastro-entérostomie* donne des résultats très médiocres souvent nuls si bien qu'il est préférable de ne la pratiquer que comme premier temps d'une gastrectomie.

7) La *gastro-gastrostomie* est à notre avis l'opération palliative qui peut donner les meilleurs résultats tant immédiats qu'éloignés à condition de limiter ses indications aux rétrécissements nettement cicatriciels, mobiles avec poches d'égale volume.

8) Les doubles *gastro-entérostomies* sont des méthodes à rejeter.

9) Les *résections* semblent à l'heure actuelle être le traitement de choix de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

On doit les pratiquer chaque fois que l'on se trouve en présence des rétrécissements nettement évolutifs : ulcères calleux, hémorragiques, ulcères infiltrés, parfois

dégénérés et accompagnés d'adénopathies satellites. Parmi les résections deux seules sont à pratiquer. *La gastrectomie annulaire* et la *gastro-pylorectomie*.

10) *La gastrectomie annulaire* est une opération dont les indications sont limitées aux biloculations faiblement adhérentes, avec lésions peu étendues si bien que techniquement on ne peut la pratiquer que dans un petit nombre des cas.

Les résultats éloignés de cette intervention semblent nettement inférieurs à ceux donnés par la gastro-pylorectomie ; en effet la gastrectomie annulaire ne met pas à l'abri des récidives dont l'origine est souvent due au mauvais fonctionnement du segment inférieur et du pylore, ainsi qu'à la persistance d'une biloculation spasmodique plus ou moins serrée.

11) *L'opération de choix dans le traitement de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse est la gastro-pylorectomie*. C'est la seule opération logique chaque fois que l'on se trouve en présence d'une sténose pylorique associée à la sténose médio-gastrique ou bien devant des ulcères multiples. Elle semble nettement indiquée chaque fois que la poche inférieure est de dimensions très réduites, ainsi que dans les biloculations s'accompagnant d'une acidité trop élevée. La gastro-pylorectomie permet en effet d'enlever non seulement le ou les rétrécissements, mais de réséquer aussi la poche inférieure atteinte de gastrite chronique, et le pylore dont le fonctionnement est des plus défec-

tueux au cours des opérations palliatives et des résections annulaires.

12) Si l'état général de la malade ne permet pas temporairement de pratiquer une résection d'emblée on peut avoir recours aux opérations en deux temps.

On commencera par pratiquer une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, et dès que l'état général du malade le permettra, 15 jours ou 2 mois plus tard on pratiquera la résection large des lésions.

13) Les résultats éloignés après gastro-pyloréctomie sont en général excellents. Cette guérison est confirmée non seulement par la clinique et l'examen radioscopique mais surtout par l'épreuve du temps, en effet chez des malades ainsi traités et suivis pendant 10 et 15 ans on a pu constater que cette guérison se maintenait toujours.

D'autre part les progrès réalisés en chirurgie gastrique dans ces dernières années, l'attention des soins pré et post-opératoires tels que isolement des malades, vaccination préventive, ont considérablement diminué la mortalité de cette opération qui nous semble à l'heure actuelle la méthode de choix dans le traitement de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux avant 1914 consulter le travail de Veyrassat, de Montprofit et la thèse Santy.

AUVRAY. — A propos de la résection médio-gastrique pour estomac en Sablier (*Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1920, p. 1470).

BOAS. — Diagnostic and Therapie der Magen Krankheiten (Georges Thieme ed. Leip. 1925).

BRUTT. — Zentrablatt f. Chir. XLVIII, 1921, n° 5 février.

BROHEE. — Epilogue d'un cas de gastro-gastrostomie pour biloculation gastrique opéré depuis 5 ans (*Journal de Chirur. et Annales Soc. Belge de Chir.*, 1924, n° 7, novembre).

BASTRINA. — Congr. Int. de Chir., Varsovie, 1929.

BIRGFELD. — (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. CXXXIV, f. I; 1925).
Statistique de l'Hôpital de Chemnitz pf. Reichel, 1907-1922.

BELOT, GALLY et DHIKENS. — Contribution à l'étude des estomacs biloculaires (*Journal de radiologie et électrologie*, Paris, t. XIV, n° 12 décembre 1930).

CAILLE. — *Thèse de Paris*, 1914.

CARRO. — Biloculation Gastrica y Estenosis pilorica (*Gazeta medica Espanola* III, 1929, n° 33, juin).

CHABROL. — Précis de Path. interne in-*Coll Gilbert Carnot*, p. 332).

COMOLLI. — La resezione medico-gastrica nella cura dello stomaco a clepsidra (*Archiv. italiano di Chir.* XXV, 1929 n° 2, décembre).

CHRISTOPHE. — Arch. voies digestives, Paris, juillet 1923.

BUTLER D'ORMOND. — Estomac biloculaire (*La Sc. méd. prat.*, n° 1, 1^{er} janvier 1931, p. 38).

DELORE et MICHON. — Du choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire (*Lyon médical*, 1924, p. 407).

DOUB. — Organic Hour Glass, Stomach with some references to its Surgical treatment (*American journ. of Roentg.*, 1924, p. 67).

DOUGLAS. — Hour Glass stomach. Gastro-gastrostomy (*Annals of Surgery*, Philadel., 1918, LXVIII, p. 106).

DOWNES. — Results following operation in seventeen cases of hour glass Stomach due to benign ulcer (*Med. Record*, 1917, XCII, p. 1009).

DOWNES. — The oper. indicat. in hour glass stomach with a report of seventeen cases (*Surgery gyn. and Obst.*, 1918, XXVI, p. 4).

DELAGENIÈRES. — Congrès Français de Chir. en 1920.

DUVAL. — Indications des différents procédés opératoires dans le traitement de l'estomac biloculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1914, p. 790).

DUJARIER. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris, 9 juillet 1919.

FINSTERER. — Rés. précoces et tardifs du traitement des ulcus de l'estomac et du duodénum (*Medizinische Klin.* Wien, avril, n° 15 et 22, 1927, p. 651).

FINNEY. — The surgery of gastric and duodenal ulcers (*American Journal of Surgery*, serie 1, 1926, n° 6 décembre).

FAHIN. — Thèse Lyon, 1918-19.

FLINT. — The Lancet, 1927, 1^{er} juillet, p. 12.

FRIEDMANN. — Krankheit des Magens und Zwölffingendarm. (*Zeitsch. f. Chir.*, 26 novembre 1927).

GIBSON. — Treatment of Hour Glass Stomach by double Gastro-enterostomy (*Annals of Surgery*, 1923, LXXVIII, p. 587).

GIRE. — De l'hémigastrectomie dans l'estomac biloculaire (*Thèse de Lyon*, 1922).

GOIGOUX. — Thèse de Toulouse, 1923.

GOUILLOUD. — De l'hémi-gastrectomie dans l'estomac biloculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919, p. 150, XLV).

GOUILLOUD. — *Lyon chirurgical*, t. XXV, n° 5, septembre-octobre 1928.

GOUILLOUD. — *Arch. franco belges de Chir.*, t. XXVI, n° 4, avril 1923.

GOSSET et LÉVY. — *Presse médicale*, 19 juin 1929, n° 49.

GUTMANN. — *Les syndromes épigastriques*, vol. I, p. 150.

HARTMANN. — L'estomac biloculaire (*Le Scalpel*, 1^{er} novembre 1930).

HARTMANN. — *Gaz. des Hôpitaux*, août 1930.

HOLLAND. — *British medical journal*, n° 31, 1921.

JANNI. — *Stomaco biloculato (Ra. Int. di clin. Chir.*, 1928).

KLEINSCHMIT. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1920, t. 114, fas. 3.

KUMMER. — *Arch. voies digestives*, Paris 1924, p. 390.

LAGOUTTE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, séance 9 juillet 1919.

LANOS. — *Trait. de l'estomac bil.*, Paris *Chir.*, XIII, 1921, n° 2, mars.

LANOS. — *Société de Chir. de Paris*, 1927.

LAPATRE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1920.

LAPGENTE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*. Séance 9 juillet 1919.

LECÈNE. — *Journal de chir.* 1920, t. XVII, p. 1.

LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgique*, t. III.

LERICHE. — *Thèse Lyon* 1906.

LERICHE. — *La gastrectomie dans l'estomac biloculaire (Lyon chir.* 11 décembre 1913).

LESMESLE. — *Contr. à l'étude de l'estomac biloculaire (Thèse Toulouse*, 1913).

LEURET. — *L'estomac biloculaire (Paris Chir.* t. VI n° 4 avril 1914).

MADLENER. — *Sur le traitement des ulcus gastro-duod. chron.* (*Zent. f. Chir.* t. LI, 30 août 1924).

De MARTEL. — L'est. biloc. (*Gazette des Hôpitaux*, 18 et 21 juin 1923).

W. MAYO. — Statistique de la Clin. Mayo (*Annals of Surgery* 1925, t. LXXXI, p. 313).

MEYER. — Gastro-gastrostomie LXVIII p. 97 (*Annals of Surgery* Ph. 1918).

MEYER. — Medical journal and record. 3, III-1926.

MEYER and BRAUN. — Diagnostic et traitement de la Bil. Gastrigue (*Surgical Clin. of North Amer*, V-1925, n° 4, août).

MONYHAN. — Abdominal opérations, 1926.

MONYHAN. — Diagnosis and Treat of chronic gastrics ulcers (*British. Med. jour.* 13 décembre 1919).

OBERTHUR. — La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum (*Thèse Paris*, 1926).

PAUCHET. — Estomac bil. (*Presse Médicale*, 1919, p. 405).

PAUCHET. — Bilocular Stomach (*Surg. Gyn. and Obst.* février 1920, p. 190).

PAUCHET. — In *Pratique Ch. illustrée*, t. VI et t. II, 1921, p. 158.

PAUCHET-TIERNY. — La Gastro-entérostomie, Paris in-8 1926.

PRINGLE. — L'estomac en sablier, l'opération de choix (*The Lancet*, t. CCX, n° 5361, mai 1926).

PUIG Y SUREDA. — Congr. Inter. de Chir. Varsovie 1929).

RAMOND et JACQUELIN. — Estomac biloculaire (*Progrès Médical*, Paris 1924, 3^e série, p. 265, t. XXXVI).

RAMOND. — Les maladies de l'estomac et du duodénum, Paris 1927.

ROSE. — Gastro-enterostomy four hour Glass Stomach (*Boston Medical and Surgery journal*, 1921, CLXXXV, p. 59-597).

ROTH. — Revue générale Est. Bil. (*Arch. f. Klin. Chir.* Berlin 1917, p. 249).

RIVES. — *Gazette des Hôpitaux*, avril 1919, n° 22 et 20).

SANTY. — Thèse de Lyon, 1914-1915.

STARLINGER. — *Arch. f. Clin. chir.*, 6 août 1927.

STRAUSS. — Klinisches und kritisches den ueber den Sandurhmen (Arch. f. Vedaunt, 1915, XXI S. 89).

THOMAS. — Observations on Fifty hour Glass Stomach subjected to operation (*British journ. of surgery* 1921, p. 37).

UNGER et GLASSCHEIB. — Arch. f. Verdaung. Krankn. t. XXXVII, 1926, p. 37.

VACCARO. — Thèse de Paris, 1927.

WALTON. — The treatment of hour Glass Stomach (*Surg. Gynec. and Obst.* 1929, XXIX, n° 213).

WANKE. — Deutch, f. Chir. Bd. 199, n° 4, janvier 1925.

WASSMENENSKY. — Zur Methodik des resection Kallöser Geschwüre an der curbature minor des Magens (*Zentral. f. Chir.* LV 1928, n° 33 18 novembre).

WEBB. — Annals of Surgery, LXVI, n° 4 october.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
ETIOLOGIE	13
Anatomie pathologique	15
Signes cliniques et radiologiques	23
Traitement chirurgical	28
I. — La gastroplastie	28
II. — La gastro-entérostomie	29
III. — La gastro-gastrostomie	53
IV. — La gastrectomie annulaire	85
V. — La gastro-pyloréctomie	111
CONCLUSIONS	137
BIBLIOGRAPHIE	141

1932. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.



